

PLAN

Page de garde	1
Liste des enseignants de la Faculté de médecine d'Angers	2
Composition du jury	5
Remerciements	6
Plan	8
Introduction	10
Matériel et méthodes	12
Résultats	14
Discussion	36
Conclusion	47
Références bibliographiques	49
Table des matières	52
ANNEXE I : Serment d'Hippocrate retenu par l'ordre des médecins - 1996	55
ANNEXE II : Codes et Conseils de l'Ordre	56
ANNEXE III : Principaux Résultats des thèses référencées [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9]	60
ANNEXE IV : Les sept questions de LA PUMA et PRIEST, 1992 [13]	62
ANNEXE V : RESUME : Thèse Pauline DAGNICOURT – juillet 2012 [7]	63
ANNEXE VI : Tableau de synthèse des caractéristiques des proches	64
ANNEXE VII : Guide d'Entretien	65
ANNEXE VIII : Accord Comité d'Ethique	68
ANNEXE IX : Substituts exhaustifs à « l'évidence »	69

ANNEXE X : risque d'engagement du médecin vis-à-vis des proches en haut, faible, moyen
risque : en fonction des actes réalisés [16]..... 70

INTRODUCTION

Chaque médecin généraliste a déjà eu une demande de soin de la part d'un proche. Si la demande est particulièrement fréquente, la réponse reste délicate. Quel médecin ne s'est pas questionné, sur le moment ou a posteriori, sur l'attitude à adopter ? Cette problématique soulève de nombreuses difficultés psychoaffectives, éthiques, morales [1], déontologiques ou techniques. Elles peuvent toutes retentir sur la qualité du soin prodigué au proche en question.

En France comme dans les pays anglophones, aucun texte officiel ni autorité ne précisent de conduite à tenir sur cette question. Ils restent très généraux sans préciser les particularités de la relation médecin/proche-soigné [Annexe I Serment d'Hippocrate et Annexe II Codes et Conseil de l'Ordre]. Par ailleurs, il existe peu de références bibliographiques françaises sur le sujet. Quelques thèses d'exercices [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9] mettent en évidence que la demande est « inévitable » et que plus de 90% des médecins ont déjà été amenés à soigner un proche [Annexe III]. Aux Etats-Unis, dans un article publié en 1991 [10], l'AMA (American Medical Association) expliquait qu'un médecin ne devait pas soigner sa famille et le mettait en garde en 1993 [11] en lui demandant de préférer l'abstention, mais sans pour autant l'y obliger. En 1992, l'Américain LA PUMA, après avoir étudié la fréquence des demandes d'un patient à son médecin hospitalier proche [12], publie dans le JAMA avec PRIEST, une liste de 7 questions préalables [Annexe IV] à envisager avant d'apporter une réponse à la demande de soin de son proche [13].

Récemment, en juillet 2012, une thèse française de méthode qualitative, effectuée par Pauline DAGNICOURT [7] [Annexe V], a tenté de comprendre les attitudes des médecins généralistes lorsque ceux-ci étaient confrontés à une demande de soin de la part de leur proche. Le terme « proche » était défini comme une personne dont le médecin se sentait proche, qu'il s'agisse d'un membre de sa famille ou d'une personne appartenant à son cercle d'amis privilégiés. Les médecins ont beau avoir une idée de l'attitude à adopter, la question était inévitable et la réponse rarement évidente. Une réflexion préalable s'impose donc. Dans la continuité de ce que proposaient LA PUMA et PRIEST [13], P. DAGNICOURT ajoutait des items concernant notamment les conditions pratiques et techniques dans lesquelles étaient dispensés les soins mais aussi la capacité pour le médecin à faire face au jugement de ses proches. Cette réflexion unique était présentée comme « proche-dépendante » et devait être renouvelée pour chaque proche et pour chaque nouvelle situation.

Sachant qu'aucune référence bibliographique n'a été retrouvée sur le sujet, qu'en est-il du vécu du proche, deuxième protagoniste dans cette relation médecin-malade singulière? Il s'agirait de prendre en compte sa position et de la rapporter aux réflexions recueillies auprès de leurs proches-soignants.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier le ressenti et la résonance que peut avoir chez les soignés la délivrance ou non de soin par un médecin proche. Les objectifs secondaires consistent à recueillir les motivations qui poussent un patient à se faire soigner par un proche-médecin ou au contraire à choisir un tiers.

MATERIEL ET METHODES

A- Type d'étude

Etude qualitative descriptive, réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs.

B- Population

Le recrutement des participants a été déterminé initialement à partir des médecins précédemment interrogés par P. DAGNICOURT [7], afin d'obtenir un miroir de leurs réponses. Après qu'ils aient été informés de la poursuite du projet, les coordonnées de l'intervieweur leurs ont été envoyées par mail. Soit les médecins les ont fait suivre à leur proche qui ont contacté directement l'intervieweur, soit ils ont communiqué les coordonnées de certains d'entre eux.

En l'absence de saturation des données, l'échantillon devait être complété grâce à des proches de médecins généralistes, connus de l'intervieweur ou de proche en proche, chez lesquels des variables ont été préalablement identifiées comme pertinentes notamment le degré de parenté ou la relation amicale avec le médecin, le lien hiérarchique, l'âge et le sexe du proche, l'éloignement géographique et la déclaration en tant que médecin traitant [Annexe VI]. L'échantillonnage a été réalisé selon le principe de variation maximale. Le recrutement a été effectué jusqu'à saturation des données. Etaient exclus, les proches géographiquement éloignés ne maîtrisant pas les nouvelles technologies et pour des raisons de recueil de consentement, les proches âgés de moins de 18 ans.

C- Elaboration du guide d'entretien [Annexe VII]

Le guide d'entretien a été élaboré, en premier lieu à partir du document de P. DAGNICOURT [7] et complété en fonction de la bibliographie retrouvée sur ce sujet. Le canevas a été adapté aux interviewés lors de l'entretien. Le guide a été au préalable testé sur trois personnes de l'entourage proche de l'enquêteur.

D- Situation des entretiens

Pour faciliter la confiance, le lieu de l'entretien a été laissé à la convenance du proche. La présentation du thème a été faite au proche lors de la prise de contact par mail ou par téléphone et a été rappelé avant la réalisation de l'entretien. La consigne introductive du thème de travail consistait à dire que l'intervieweur s'intéressait au parcours de soins des personnes qui avaient un médecin généraliste dans leur entourage. Le principe de l'anonymat était garanti au proche notamment par la non publication des entretiens. Un rapide débriefing était proposé à la fin de chaque entretien.

E- Analyse des résultats

Après recueil du consentement, les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits en tenant compte des notes concernant notamment les canaux non verbaux de la communication (approbations, sourires, manifestations d'opposition...) et les événements pouvant interrompre la dynamique de l'entretien. Les données recueillies ont été codées à l'aide de mots clés dans une grille d'analyse, puis regroupées au moyen d'une analyse thématique du discours. Le script a été systématiquement envoyé au proche dans un souci de validation du contenu. Les données ont été triangulées par une personne professionnellement extérieure à la médecine générale.

F- Validation du projet par le comité d'éthique

Le projet a été présenté au comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers et a reçu son accord le 6 février 2014 (N°2014-4) [Annexe VIII].

RESULTATS

Pour des raisons de clarté, le terme médecin sera employé pour désigner le médecin généraliste proche. Tout autre médecin évoqué aura un qualificatif.

A- Constitution de l'échantillon

Le recrutement initial a été difficile et ne permettant la réalisation que de 6 entretiens. Devant l'absence de saturation des données, l'échantillon a été complété pour totaliser 14 proches (10 femmes et 04 hommes). Les entretiens ont été réalisés entre avril et octobre 2014 : 12 au domicile du proche, 1 par vidéoconférence et le dernier dans un cabinet médical. La durée moyenne était de 51 minutes [28 minutes - 98 minutes]. La moyenne d'âge des proches était située aux alentours de 60 ans [32 - 86]. Ils ont été recrutés à de 10 médecins principaux (5 femmes et 5 hommes). 10 avaient un lien familial avec leur médecin (5 de manière indirecte et 5 de manière directe, pour l'un des proches le degré du lien familial était inconnu) et 4 un lien amical (2 de manière directe et 2 de manière indirecte). 8 proches avaient déclaré leur médecin comme médecin traitant et pour les 6 restants il s'agissait d'un médecin tiers. A noter que 6 des entretiens renvoyaient majoritairement à deux médecins (2 x 3 entretiens). Dans l'interviewe, le soigné pouvait faire référence à plusieurs médecins, ce qui porte leur nombre à au moins 15. De même, l'interviewé pouvait rapporter le ressenti et le comportement d'autres proches des médecins au(x)quel(s) ils faisaient référence, portant leur nombre à environ 27 [Annexe VI].

Par ailleurs, 3 fils et 1 fille de médecin n'ont pas donné suite à la sollicitation du chercheur. Un quinzième entretien n'a pas été comptabilisé par défaut de recueil du consentement écrit de l'interviewé. Deux cas de fils ont tout de même été rapportés par les proches interviewés : l'un semblait faire des demandes, l'autre pas.

B- La relation médecin-malade telle qu'on la qualifie

B.1- L'évidence de la relation et de la demande

La demande de soins à leur médecin était « évidente » pour tous les interviewés. [Annexe IX] même si elle était parfois difficilement avouée : « *Je ne lui demande pas des soins réels mais à chaque fois qu'il y a quelque chose, je lui en parle* » et ce quelle que soit la situation. En effet,

on constatait que le proche faisait des demandes même si son médecin s'était clairement positionné contre initialement: « *à chaque fois, on lui pose la question... et qu'est-ce que tu penses de ça ?* ». La demande existait également lors d'une situation familiale conflictuelle ou lors d'un éloignement géographiquement mais aussi selon la situation du proche (isolé (veuvage) ou non), ou encore quel que soit le statut du médecin « *maintenant qu'elle est passée médecin bon..., mais même quand elle était [...] encore moins avancée au point de vue médical [...] je lui demandais facilement* ». Enfin, certains proches évoquaient avoir réfléchi à cette situation, de façon spontanée ou provoquée entraînant un questionnement temporaire qui se soldait systématiquement par une reprise des demandes de soins à leur médecin.

B.2- Les motivations de la demande de soins

« *L'évidence* » était la première raison qui incitait le proche à faire des demandes de soins. Elle était décrite par tous et particulièrement pour la demande spécifique de devenir le médecin traitant « *parce qu'on voyait pas... prendre un autre médecin* », qui s'était faite « *naturellement* » dans un contexte familial et « *de fil en aiguille* » dans un contexte amical. Outre l'aspiration naturelle, la proximité globale avec le médecin et ses déclinaisons poursuivait l'argumentaire. Premièrement d'un point de vue géographique « *forcément, on a un médecin sous la main, on demande* » ce qui rendait le médecin plus disponible et plus accessible « *c'est plus pratique [...] on pose la question tout de suite si on est angoissé ou pas et puis... on peut avoir la réponse* », deuxièmement la proximité d'ordre affective de par le lien qui les unit, de par leur connaissance réciproque « *elle nous a toujours soignés... qu'elle nous connaît... elle connaît notre parcours de santé alors heu... [...] elle sait comment... comment on vit* » ; plusieurs proches disaient même qu'ils auraient pu retrouver cette relation avec un autre proche : « *je pense que je pourrais quand même globalement tenir le même discours [...] Si c'est un proche, c'est que... ça passe quoi ! On se comprend et on est d'accord surtout sur un certain nombre de choses* » comme un autre ami médecin généraliste par exemple parce que « *c'est un bon copain* ». Mais aussi de par la confiance qu'ils avaient et qu'ils qualifiaient même parfois d'« *absolue* » ou d'« *aveugle* », certains allant jusqu'à rapporter « *un confort moral, je m'interroge pas quoi* ». Ou encore de par le comportement du proche : « *je suis toujours en train de la chahuter sur le point de vue médical* ». Troisièmement la proximité via les caractéristiques du médecin et notamment son sexe (surtout pour les proches de sexe féminin) : en effet, à plusieurs reprises des proches femmes avaient témoigné préférer être soignées par un médecin femme dans la mesure où elle pouvait également s'occuper de la gynécologie et était, selon elles,

mieux à même de comprendre les problèmes relatifs à cette spécialité. Mais aussi son professionnalisme, il « *correspondait au médecin que je souhaite rencontrer* » et sa réputation : « *c'est un [proche] et plus, je sais que c'est un excellent médecin donc heu... voyez, je ne vois pas... pour moi tout coule de source* » alors pourquoi aller « *s'emmerder à aller voir quelqu'un de moyen alors qu'on a un très très bon médecin* ». Toutefois, on remarquait que le proche pouvait contrebalancer cette proximité en expliquant préférer une certaine distance, et ce notamment quand le médecin n'était pas le médecin traitant. En effet, concernant la proximité géographique, pour certains l'éloignement pouvait au contraire favoriser la confiance : « *mais d'un autre côté, il serait [ici], je lui en causerais pas* ». De même, la connaissance pouvait parfois freiner le proche « *c'est bien d'avoir quelqu'un qui vous connaît pas de trop* ». Un des autres arguments utilisés par le proche, lorsque le médecin appartenait à la famille, était le fait que bon nombre des membres de l'entourage était suivi par lui : « *elle soigne mes parents... [...] deux de mes sœurs..., peut être bien trois [...] un de mes frères... donc voilà [...] [sourire] c'était une évidence* ». Enfin, le contexte national pouvait être évoqué pour justifier la sollicitation avec des arguments économiques : « *ça fera des économies pour la sécu* » ou en lien avec la désertification médicale : « *Surtout dans nos campagnes à nous, faut trouver un médecin, c'est loin, faut se déplacer et tout* » notamment quand le médecin n'était pas le médecin traitant.

B.3- L'évidence confirmée par les médecins

Outre l'évidence, les réponses antérieures dans le renouvellement des demandes avaient de l'importance. Les proches relataient que leurs médecins refusaient rarement un soin, voire ils avaient eu « *une réponse très positive* » et « *réconfortante* ». Ainsi ils pouvaient se sentir « *toujours bien reçus* » et relataient même parfois une autorisation implicite : « *elle me disait pas : « tu peux m'en parler » mais c'est tout comme* » ; « *on sait qu'on peut demander* ».

C- La construction de la relation médecin-malade

C.1- Origine et ancrage

Pour les proches qui avaient un lien familial proche (enfant, parent) avec leur médecin, la relation affective préexistait à la demande de soin. Le point de départ de la relation médecin-malade était difficile à mettre en évidence, les choses s'étant probablement faites progressivement. Si le lien était familial éloigné ou amical, les proches rapportaient souvent la préexistence de la relation affective, parfois quelques demandes et un problème médical à



l'origine de la relation médecin-malade. Il pouvait s'agir de demandes particulières comme des affections aiguës importantes : « *je voulais heu précisément [...] être soignée par une femme qui pour moi était plus à même de comprendre [...] mes problèmes gynécologiques [...] j'avais quelques petits soucis à l'époque donc [...] ça me semblait plus évident pour moi* », voire potentiellement grave avec un contexte d'urgence ou encore une entrée dans une maladie chronique « *ça a été vraiment les problèmes psychiatriques qui ont été le déclencheur !* ». On notait également que les proches, ne se faisant pas soigner par leur médecin, pouvaient s'en rapprocher à l'occasion d'un soin ponctuel pour finalement vouloir le désigner comme médecin traitant notamment s'il découvrait des pathologies particulières : « *mon oncle, il a été suivi par d'autres médecins pendant des années et puis il a été demandé un certificat médical pour faire du sport, il a trouvé un problème physique important donc maintenant c'est son médecin aussi* ». Le contexte de la première demande pouvait alors apparaître comme « fondateur » de cette sollicitation pour les proches semi-éloignés. Ils remarquaient par ailleurs que cette relation s'entretenait par la suite avec des visites ou des demandes régulières de sa part : « *on papote pour voir, [...] il me le confirme hein et puis, on change pas le traitement, ça roule* ».

C.2- L'évolution de la relation

Dans l'évolution de la relation médecin malade, les soignés pouvaient rapporter différents comportements adoptés par leur médecin ou par eux-mêmes.

Tout d'abord, le proche pouvait relater la mise à distance de son médecin. Il notait alors par exemple que si son médecin acceptait certains soins à une époque, lors d'un changement de statut, notamment un départ à la retraite, il pouvait restreindre le champ de ses réponses : « *- actuellement, les courriers lui sont toujours envoyés ? - Non ! Ben de toutes façons, il est en retraite* ». Le médecin prenait également de la distance si un proche était géographiquement éloigné ou s'il nécessitait un avis spécialisé (dermatologique, psychiatrique, gynécologique ou obstétrical). Il pouvait également éviter certains sujets et « *attendait davantage que je lui parle* », ou refuser de donner des soins en les invitant à l'occasion d'une demande, à consulter un autre médecin : « *vous prenez un médecin* » ou à aller voir leur médecin traitant tiers, s'il existait : « *oh écoute, il dit tu as un généraliste, fais lui confiance et... automatiquement... non c'est pas lui qui viendra...* ». Il pouvait les renvoyer à eux-mêmes : « *il dit ben « tu me dis toujours pareil* » ou encore banaliser leurs symptômes ce qui pouvait, à force, faire douter le proche : « *mais c'est normal, mais c'est pas grave ! [...] je ne sais pas si c'est très rassurant d'entendre toujours ça* ». Il pouvait par ailleurs sous-médicaliser [A propos d'un INR] : « *comme c'était un*

remplaçant qui était là..., qui a vu mon résultat, il m'a appelé lui. Mais... j'ai l'impression que... si ça avait été [mon médecin], [il] m'aurait pas appelé » ou anticiper des situations urgentes en demandant à son proche d'appeler le 15 : « *s'il y avait quelque chose tu demandes à la rigueur, si le cabinet est fermé [...] tu fais le 15, tu demandes heu... le SAMU* ». Enfin, quand le médecin était le médecin traitant, il essayait d'établir un cadre, souvent accepté par le proche : « *on en avait besoin toutes les deux* ». Il était défini par une dimension spatiotemporelle avec un espace-temps dédié à un échange médical : « *il y avait la partie papotage avant et après, comme un sandwich quoi [sourire] entre les deux il y avait cette partie médicale* » et un espace « lieu », dans le cabinet. Ainsi les deux protagonistes « *compartimentaient* » les relations. Dans cet espace, un des proches spécifiait : « *par contre on ne se fait pas la bise... ni on ne se donne une poignée de main* ». Il était complété par le paiement. On notait que tous les proches qui étaient suivis par leur médecin, sauf les enfants et probablement les conjoints +/- les parents, effectuaient un règlement de la consultation. Si le proche pouvait appréhender la toute première consultation et notamment le paiement de l'acte : « *la première fois que j'y suis allée la voir heu... je savais pas si elle allait se faire payer ou pas [sourire]* », il reconnaissait qu'il était indispensable : « *c'était une barrière !... à ne pas franchir, la médecine d'un côté et heu... les rapports amicaux de l'autre* ». Le paiement définissait la relation professionnelle entre les deux individus : « *ça a toujours été une relation [...] professionnelle quoi, moi je l'ai toujours payé heu..., je suis toujours venue avec mon chéquier, je l'ai jamais payé en retard en disant je te payerai la prochaine fois... ah non, non, non... ah non, non, non ; ça je pense que c'était indispensable quoi !* ». Enfin la signature du médecin traitant terminait d'officialiser la relation : « *c'était plutôt les médecins qui faisaient la... la démarche à l'époque* ». On remarquait que quand le médecin différait du médecin traitant, le cadre temporo-spatial n'était pas plus fixé que le règlement qui n'avait lieu dans aucun des cas recensés. S'il pouvait se mettre en retrait, le médecin acceptait parfois des soins, même s'il s'était positionné antérieurement contre. Il pouvait réaliser un examen ciblé selon le problème du proche, prendre en charge des pathologies aiguës bénignes « *« bon, qu'est ce qu'il y a qui va pas ? » et quand c'est comme ça quand même il me laisse pas tout seul, hein !* » ou soigner ses enfants à la maison ou ses petits enfants lors de vacances. Enfin, il accompagnait son proche lors d'examens médicaux importants « *il dit ben si tu veux, parce que je suis toute seule, je t'accompagnerai* », « *il s'occupait quand même de moi* ».

De son côté, le proche expliquait pouvoir se mettre à distance aussi, afin d'empêcher l'intrusion de son médecin dans sa sphère médicale « *je ne veux pas qu'il s'immisce dans ma santé... trop* ». Ainsi, il pouvait éviter d'aborder certains sujets : « *étant proche, y a une certaine*

retenue » ou si le médecin le sollicitait trop à son goût, lui répondre avec une explication « *qui noie le poisson* ». Un des proches remarquait que son médecin ne l'examinait pas comme un autre « *elle me soigne pas comme tout le monde* », toutefois il avouait ne pas souhaiter que cela soit différent et qu'un examen sommaire lui convenait : « - *qu'est-ce que vous attendez d'elle à ce moment-là ? [...] Que ça se passe... - Comme ça ! Ca me va très bien !* ». Si l'examen clinique pouvait provoquer une distanciation du proche par rapport à son médecin, le proche disait lui faire tout de même des demandes par des moyens différents que le face à face : par téléphone, par mail ou encore lors de réception familiale ou amicale. Il spécifiait que lors de ces demandes, il n'y avait rien « *d'officiel, ni de cérémonial* », que cela se passait de manière « *informelle* ». Enfin pour certaines demandes, il disait aller « *voir les personnes compétentes* » et s'en référer à des médecins spécialisés : exemple du gynécologue ou du psychiatre.

C.3- Les modalités de rupture de la relation

On ne relevait aucune rupture entre le proche et son médecin, juste une évocation à un stade particulier qu'est l'adolescence : « *ce médecin que j'étais allée voir, il est aussi médecin généraliste donc je m'étais demandée si j'allais pas le garder* » ou lors d'un conflit familial. L'éloignement géographique en cours de vie n'était pas une raison : « *mais depuis qu'on n'habite plus avec eux [...] je lui fais toujours des demandes* ». Les véritables situations de rupture restaient, avant tout, des situations imaginées. Elle était envisagée lors de l'émission d'un éventuel jugement par le médecin « *Elle m'aurait dit quelque chose sur les problèmes d'alcool hein...* », ou lors d'une éventuelle rupture du secret professionnel ou d'une erreur médicale commise par le médecin. Ces deux dernières situations n'ont pas été décrites spontanément par le proche mais ont fait suite à une relance de l'intervieweur. L'évocation d'une possible rupture du secret professionnel pouvait provoquer chez certains proches un sentiment de « *colère* », de « *trahison* » et un « *manque de confiance* », avec pour conséquence une relation médicale « *entachée* » et un doute sur sa poursuite. Mais globalement il restait peu pourvoyeur de réaction « *Je m'en fous un peu* » notamment quand le médecin n'était pas le médecin traitant « *comme c'est pas vraiment mon médecin [...] si elle le fait c'est pas forcément très grave* ». Ce cas de figure était parfois même complètement inenvisageable « *Ca, c'est un truc à rayer* » au point de refuser d'en entendre parler « *C'est inenvisageable, inenvisageable ! [...] il est bien évident que... alors vous me dites heu... si ça arrivait... mais ça... non, non... je ne veux pas... je veux même pas en entendre... non, non, c'est inenvisageable ; c'est une option qui ne faut même pas prévoir ça ! Je refuse d'entendre cette phrase là* ». Parfois, le soigné pouvait ne pas faire le lien

avec le fait qu'il pouvait être concerné par dans sa relation médecin – patient « *je ne vois pas, ça ne m'a jamais posé question* ». Concernant l'erreur médicale, les réactions étaient variables mais la plupart des proches les modulaient en disant que « *l'erreur est humaine* ». Malgré tout, les conséquences étaient envisagées selon la gravité de l'erreur ainsi que l'âge du patient. Enfin plusieurs d'entre eux disaient qu'elle ne concernait pas vraiment la Médecine Générale, qu'elle n'était pas source de questionnement ou encore qu'elle était « *pour les autres* ». Sans parler d'erreur médicale a proprement dite, un des proches expliquait ne pas vouloir faire certaines demandes à son médecin concernant son entourage pour éviter que ce dernier puisse faire une « *boulette* ». Une seule réelle situation conflictuelle, par inversion des rôles médecin-malade, aurait pu initier une véritable rupture. Si elle avait provoqué un éloignement temporaire médical et affectif et que le proche rapportait qu'il ne « *le referait pas* », la situation étant « *redevenue* » normale, il a gardé son médecin comme médecin traitant et comptait bien poursuivre sa prise en charge avec lui « *jusqu'au bout* ».

Pour gérer les situations médicales pouvant conduire à une rupture, le proche évoquait vouloir en discuter avec son médecin dans les cas spéculés « *Je lui dirai carrément, attends heu... je vais hésiter à te confier des trucs, tout ça...* » ou au contraire préférer les taire en cas de réel conflit « *je me serai pas vue, de toutes façons lui dire* » ne voulant pas le contrarier. Il spécifiait par ailleurs que les répercussions pouvaient avoir lieu sur la relation médicale mais pas familiale « *tout en restant très bien du côté heu familial quoi [...] mais ça resterait peut être intérieur* », mais concluait en rappelant que ces situations n'avaient pour la majorité pas existé « *mais ça c'est... ça s'est pas passé donc... il y a pas eu de problème comme ça* ». De manière générale, la demande de soin à leur médecin n'avait, aux yeux des interviewés, pas eu de conséquence et ils en retiraient du positif « *Ben dans les coups durs, j'ai pas regretté ! Pas du tout ! J'ai pas regretté non plus quand c'était la routine. Heu... du positif* » voire un resserrement du lien affectif (cas d'une pathologie grave) « *tous les deux, ça nous a peut être rapproché un petit peu plus [...] moi je le prends pour mon sauveur aussi enfin [...] ça me met certainement beaucoup plus à l'aise des fois pour le consulter* ».

Dans le cas d'un conflit affectif, le soigné préférait alors s'éloigner de son médecin « *ça devient compliqué familialement aussi donc je m'éloigne aussi* ».

D- La place qu'on occupe dans la relation

D.1- Les rôles du médecin

Les proches pouvaient parfois dire que leur médecin était « *d'abord* » leur proche. Dans certaines situations, notamment celle de l'annonce d'une grossesse, ils spécifiaient s'adresser à eux en tant que tel « *Mais je l'ai dit à lui comme aux autres membres de la famille* » ; « *il était pas le médecin d'une femme enceinte* », tout comme ils pouvaient dire que leur médecin agissait en tant que proche parent « *il trouve que... il a pas à intervenir, je vous dis à part heu... en qualité de parent* ». En revanche, quand ils venaient en consultation voir leur médecin déclaré comme traitant, plusieurs proches insistaient en disant venir voir un médecin « *C'est mon [proche] soit, mais je viens voir un médecin* ». Ainsi, le médecin passait de proche à médecin : « *elle pouvait changer de registre pour reprendre son rôle de médecin sans problèmes quoi* » ; « *elle retrouvait un rôle de médecin ou bon, c'était péremptoire, c'était comme ça !* » et inversement.

Malgré tout, il apparaissait que pour le proche, le médecin avait un rôle médical évident décliné comme suit : veilleur de la famille avec « *ce côté médecin* », « *dépanneur* », « *aiguilleur* » ou encore médecin traitant avec les missions qui lui incombent. En effet, s'il se passait un événement médical, les proches faisaient facilement appel à lui « *si il y a quelque chose, c'est sûr, je lui passe un coup de fil* ». Son métier passait de « *gagne-pain* » à état médical quasi-permanent « *c'est un médecin avant tout* », « *quoiqu'il arrive, il est tout le temps dans son rôle de médecin. En fait, il en sort jamais ! Même en vacances il est médecin [...] Enfin, c'est un médecin ! Ben le médecin, il est médecin tout le temps ! [...] Enfin... pour moi, y a un devoir... alors, c'est peut être un sacerdoce [...], à un moment donné mais... [...] il est tout le temps médecin ! donc quoi qu'il fasse, il a son regard de médecin sur les situations, sur les choses, [...] sur la vie, même la vie de famille* ». Ce proche, s'étonnait même et ne comprenait pas pourquoi un médecin pouvait avoir du mal à « *diagnostiquer heu des choses chez sa famille* ». De plus le médecin « est » par procuration car le proche lui déléguait les soins du reste de la famille, notamment quand il s'agissait du ou de la conjointe « *c'est vrai que la santé, je lui déléguais... c'est normal* ».

D.2- Les rôles du proche

D.2.1- Un patient comme un autre

Le proche spécifiait qu'il était un patient « *comme un autre [...] qui venait demander à un médecin heu... voilà* » et pensait de façon générale être soignés comme tel sans « *traitement de faveur* » notamment s'il arrivait en retard, il attendait son tour. Quand le médecin était le médecin traitant, la consultation se déroulait le plus souvent à son cabinet médical avec un script classique : motif de consultation puis examen puis prescription et enfin dans la majeure partie des cas, elle se terminait par le règlement. On notait tout de même que pour les enfants du médecin, il n'y avait pas de paiement « *ah non, y a pas de règlement non. Après... on fait pas payer dans la famille je pense [sourire]... j'en sais rien...* ». Concernant l'observance, quelques-uns avouaient un suivi aléatoire des prescriptions dicté par leurs préférences personnelles « *- Par exemple, j'ai un petit peu de... de problèmes de... dermatologiques là ; ils me prescrivent de... de la cortisone, ben je préfère continuer à me gratter un peu et puis pas mettre la cortisone [...]* - *Si c'était votre médecin proche qui vous l'avait prescrite la cortisone, ça aurait changé quelque chose ? - Non... ça aurait rien changé [sourire]* » en disant exercer son « *libre-arbitre* » comme un patient lambda « *quand le médecin il impose des choses heu... le patient il dit : « oui, oui » et puis après... après, il fait ce qu'il a envie de faire* ».

D.2.2- Une singularité à double tranchant

Toutefois, ils évoquaient spontanément quelques singularités liées à la relation affective notamment de par leur comportement respectif entourant la consultation : « *quand elle savait que c'était moi, déjà elle m'emmenait dans la cuisine déjà pour prendre un café ; elle se disait : « comme c'est toi, on va pouvoir se prendre 2 minutes pour heu... prendre un café quoi » », « on est plus cool », « on se faisait des gros bisous »*. Le proche pouvait dire qu'il avait l'impression d'être pris en charge « *plus attentivement... hein, peut-être, parce que bon, il y a de l'affectif hein bien sûr* » et avouer déranger son médecin alors qu'il ne l'aurait pas fait avec un médecin tiers : « *Il nous est arrivé de l'appeler même heu... hors rendez-vous comme ça heu..., des petites choses qui nous embêtaient parce que..., on l'aurait pas fait avec un autre médecin, mais avec elle, on le faisait* ». Cette singularité était globalement perçue positivement par les proches ; ils se disaient satisfaits d'avoir un médecin dans leur entourage, de par l'aspect pratique et confortable avec une réassurance rapide, de par l'aspect utilitaire « *on s'en sert* », ou pour des prescriptions « *je sens que ça va mieux donc j'arrête heu... heu, je sais que si ça va pas, elle me*

dira... « bah reprend » ou elle sera là aussi [...] ». Certains évoquaient même de la fierté : *« comme si j'étais... fier un peu de leur dire que... j'ai quelqu'un dans le... milieu médical... »* notamment les enfants.

Malgré tout, ils pouvaient évoquer des aspects négatifs. Premièrement, par rapport à leur médecin dans le choix de leur médecin traitant. En effet, l'un d'entre eux disait être « *embêté* » à l'idée d'un rapprochement géographique de son médecin ne voulant pas être suivi par lui, ou pour un autre de devoir choisir entre plusieurs enfants médecins, ou encore avoir du mal à trouver un médecin traitant ou un spécialiste (ex : psychiatre) qui ne connaissent pas leur médecin dans la mesure où les médecins formaient, selon eux, un groupe, ce qui rendait difficile la confiance. Mais aussi par peur de mettre mal à l'aise leur médecin en cas d'erreur par exemple « *je ne veux pas la mettre mal à l'aise si elle se trompe* » et de ne pas pouvoir partager son travail, dans le sens où ce dernier était tenu au secret professionnel « *C'est assez chiant parce que du coup heu... on peut pas vraiment parler non plus des noms* ». Enfin, ils pouvaient évoquer des sentiments partagés face à un refus de soins de leur médecin allant d'une frustration, à la jalousie par rapport à un patient lambda, à la compréhension et l'adaptation de leur attitude. Deuxièmement, les proches pouvaient expliquer être gênés par rapport à un autre patient de leur médecin. En effet, et notamment quand le médecin était le médecin traitant, ils disaient éviter et avoir peur du regard des autres patients en sortant de consultation du fait des prolongations jouées avec leur médecin « *je crois que les gens m'auraient arraché les yeux vu que déjà, j'avais passé une heure [...] j'essayais de partir discrètement* ». Ils disaient ainsi ne pas s'éterniser sachant qu'il y avait d'autres patients derrière. Par ailleurs, un proche évoquait la répercussion du métier de son médecin sur sa vie quotidienne qui l'obligeait à éviter la zone géographique de travail de celui-ci par peur de reconnaître des gens : « *c'est toujours assez frust... enfin gênant quand je passe à son cabinet de voir quelqu'un que je connais et avec qui j'ai travaillé de se dire... « ah, c'est sa patiente »* ». Troisièmement, certains proches évoquaient une gêne vis-à-vis des confrères et spécialistes du médecin quand ils avaient un « *pré-diagnostic* » ou encore quand leur médecin avait un comportement, à leurs yeux, déplacé aux risques de conséquences sur leur propre prise en charge.

D.2.3- Le patient décideur

Le proche pouvait, par ailleurs, décider du déroulement de la relation. S'il avait pu être adressé à des spécialistes par son médecin, c'était tout de même à lui qu'il préférait venir faire sa demande de soin « *j'ai eu heu des nausées épouvantables, [...] c'est à lui que j'ai demandé et*

c'était pas à l'obstétricien heu... de me donner un truc pour arrêter de vomir », « elle... heu m'avait envoyé chez un obstétricien en parallèle quoi mais heu... mais c'était elle que j'allais voir heu... pour tout ! Et pour rien ! ». Si le médecin refusait de soigner son entourage, le proche pouvait revenir à la charge en choisissant son moment « *fallait trouver le jour* » ou en négociant. Il pouvait par ailleurs décider ou non de lui envoyer des compte-rendus spécialisés « *ça dépend aussi de... la permission du patient* » et des informations à lui transmettre ou non « *elle connaissait certains détails mais heu... pour me soigner* ». Tout comme il pouvait refuser que le médecin communique avec le médecin traitant tiers « *Quels rapports il a eu avec vos médecins généralistes successifs ? Aucun ! Aucun Aucun, aucun. J'en voulais pas* ». Il pouvait décider des heures de rendez-vous « *comme je la savais très en retard, j'essayais de prendre mes rendez-vous heu... du tout début de matinée ou tout début d'après midi...* ». Quitte à faire des compromis « *c'est le prix à payer* », le proche pouvait vouloir garder son médecin comme médecin traitant ou au contraire préférer aller voir un médecin extérieur à leur entourage, « *une personne un peu étrangère à la famille* ». Au final, « *On prend le médecin en fonction de son ressenti... familial ou pas familial* » et le médecin pouvait soigner son entourage « *c'est normal* » mais seulement « *si la famille le veut bien quoi c'est tout* ».

D.3- Le cloisonnement pour éviter les interférences et les règles implicites

Si chacun avait son rôle, certains proches insistaient sur l'importance « *de ne pas tout mélanger* », que les questions médicales devaient être posées au cabinet et que le travail ne devait pas intervenir au domicile « *chez elle, c'est chez elle hein ! On ne mélange pas tout* » ; « *on parlait de choses médicales dans son cabinet mais pas... pas ailleurs [...] ailleurs qu'au boulot, on n'a pas envie de parler boulot ! [sourire]...* ». Pour nombre de proches, il fallait séparer les choses « *je trouve qu'il faut savoir aussi séparer heu les demandes que l'on peut faire* », « *enfin son métier : c'est de soigner les gens, après c'est pas forcément de soigner sa famille quoi ! C'était pour pas [...] tout mélanger* » et ils évoquaient même « *des règles* » à respecter pour que cette relation médecin-malade fonctionne, notamment quand le médecin était le médecin traitant « *Je crois que, pour que ça marche bien, il faut respecter des règles : ne pas interférer dans la vie personnelle [...] des règles de savoir vivre, [...] des trucs à ne pas dépasser heu... elle a de l'autorité que... donc que moi je n'ai pas... à lui dicter une ordonnance, on fait confiance ou on le fait pas, autrement on va voir ailleurs* » ; « *c'est pas parce que c'est une... une [proche] que... il faudrait demander tout et n'importe quoi enfin, non, ça ça me conviendrait pas moi. Ca me mettrait mal à l'aise* ». Ils stipulaient qu'il ne fallait donc

pas franchir certaines barrières « *J'aime pas les relations qui... voyez... qui, qui déborderaient et... ou sous prétexte que... non, non ! Mais je pense qu'elle aurait pas apprécié non plus quoi* ». Les proches faisaient bien souvent part d'un respect mutuel : que ce soit le médecin envers son proche « *mais elle savait que d'un sens que j'avais besoin d'en parler [...] justement elle essayait pas de me forcer la main* », « *je sais [...] qu'il ne s'immiscera pas dans mon quotidien médical* » ; « *je crois que c'est ça que je respecte* », ou le proche envers son médecin « *Elle avait besoin d'une vie personnelle, elle avait besoin de se reposer* » ; « *par respect pour lui* » le proche ne lui dira pas certaines choses.

D.4- La difficulté à maintenir les rôles

Malgré cette volonté affichée de bien distinguer les deux relations, les proches avouaient parfois leur difficulté à maintenir les positions de chacun « *mes attentes c'était heu... heu... retrouver une [proche] heu... voilà, que j'avais plaisir de voir, avec qui je pouvais éventuellement prendre un café mais je venais voir un médecin aussi* » et avouait un « *mélange des genres* » manifeste dans le langage utilisé juxtaposant parfois directement le tutoiement avec le titre du médecin « *Et toi Docteur, qu'est-ce que tu aurais fait...* ». Cette difficulté était repérable également côté médecin où celui-ci pouvait prendre sa casquette de proche lors d'une consultation en cas de difficultés personnelles. Le proche rapportait alors qu'il s'y sentait sûrement « *autorisé* » du fait du lien affectif et que si ce lien n'avait pas existé, il aurait pu continuer à être pris en charge comme un patient lambda. Elle pouvait également se faire sentir quand le médecin donnait un avis ou un conseil médical spontanément à son proche ou qu'il lisait les comptes-rendus ou les analyses. L'organisation de la vie quotidienne avec par exemple le déjeuner avec le médecin le jour d'absence du médecin traitant tiers ou les thèmes de discussion abordés entre les deux protagonistes : régime et cholestérol permettant au proche de glisser ses dernières analyses à son médecin, discussion autour de la démence de la grand-mère, des problèmes médicaux du proche montraient aussi un chevauchement des rôles médicaux et familiaux.

Les confrères pouvaient y participer notamment quand ils étaient au courant de la présence d'un médecin généraliste dans l'entourage du proche. Ils rédigeaient des courriers en le précisant, les spécialistes envoyaient les comptes-rendus médicaux au médecin ou renvoyaient le proche vers lui pour l'orienter, et ce qu'il soit médecin traitant ou non. Enfin, ils pouvaient s'intéresser davantage au médecin qu'au proche lors d'une consultation en demandant des nouvelles s'il était absent ou en s'adressant à lui s'il accompagnait son proche.

Enfin, dans bon nombre d'entretiens, on note que l'intervieweuse a pu être interpellée sur des questions médicales ou comparée au médecin de par son statut. Le proche a été amené à lui demander des avis médicaux directement « *d'après vous, ça se guérit ?* » ou indirectement via des moyens de communication non verbaux : « *je souffre en ce moment des jambes [...] il y a des fois où c'est raide, raide, derrière ! [en passant la main derrière ses jambes et en me regardant]* » ou encore en lui expliquant : « *Moi je n'hésiterais [...] à en parler [...] avec un autre médecin si j'avais l'occasion d'en discuter, de comparer comme ça... au contraire, ça me rassure un peu sur le fait de ma maladie aussi* ». Un des proches a même proposé des remplacements à l'intervieweur pour soulager son médecin.

D.5- La comparaison du soin

Globalement, les interviewés étaient plutôt satisfaits des soins prodigués par leur médecin notamment s'il était médecin traitant. Ils déclaraient se sentir « *à l'aise* » voire « *plus à l'aise* » avec lui qu'avec un tiers et qu'il répondait à leurs attentes en termes de prise en charge et d'approche de la médecine. Ils confiaient parfois « *Bon, il y a peut-être des petites choses plus personnelles que... qu'elle va nous demander ou... qu'on va lui dire, qu'on ne dirait peut être pas forcément à un autre* ». Ils avaient « *confiance* », étaient généralement fidèles aux prescriptions « *je vais faire confiance à [...] ce qu'il aura marqué sur l'ordonnance, je ne vais pas aller chercher plus loin* » sans les remettre en question contrairement à celles d'un médecin croisé ponctuellement « *quelqu'un d'autre, j'aurais tendance à remettre en cause toujours... [tout en réfléchissant]... oui, ça c'est sûr parce que je le fais !* », surtout en tant que proche de médecin généraliste. Ils évoquaient parfois une « *admiration* » de leur médecin de par sa profession et les attitudes « *courageuses* » adoptées face à certaines demandes infondées de l'entourage « *c'est pas possible, je ne peux pas te faire une prolongation médicale d'un mois* ». Certains proches comparaient le soin apporté par leur médecin avec celui prodigué par un médecin lambda qui les suivrait depuis longtemps ainsi il « *me soigne de la même façon, que ce soit un médecin de famille ou un médecin de... heu heu... voilà que j'aurais depuis longtemps* », ce qui pour certains pouvait conduire à l'instauration d'une « *routine* ». Ainsi quand le médecin était le médecin traitant, parfois, les interviewés avouaient « *préférer de tomber sur le... remplaçant qui est... hyper vigilant, hyper attentif et donc du coup heu... le sentiment peut être... à tort ou à raison, d'être plus écoutée, plus heu... plus prise en compte...* » et disaient se sentir plus à l'aise avec un médecin inconnu « *de temps en temps, je...j'ose peut être plus* ». L'un d'entre eux poussait le raisonnement en disant que « *des fois si c'était pas aussi difficile de*

changer, de trouver un bon médecin, ça serait peut-être pas mal de changer de temps en temps ».

Certains soignés, dont le médecin n'était pas le médecin traitant préféraient aller voir un médecin tiers pour se défaire du lien affectif préexistant : *« dans le cadre de la consultation heu..., c'est bien séparé heu, c'est plus facile, on n'a pas d'affect »* ce qui permettait également au médecin tiers d'être, selon eux, *« totalement objectif »* et plus *« empathique »*. Lors d'une consultation ils évoquaient alors un retour à une relation médicale plus traditionnelle *« ça ressemble plus à une consultation »* dans laquelle ils redevaient des patients *« normaux »*. Le soigné pouvait alors être plus *« coopératif »*, cela facilitait *« le travail du médecin et la guérison »*. Dans ce cas de figure et pour poursuivre sa logique, il n'informait pas le médecin tiers de l'existence de son médecin. Un proche revendiquait le fait de vouloir dissocier son médecin et son médecin traitant *« est ce que vous auriez pu [...] vous faire suivre par lui ? [...] Ah non ! Ah non ! Vous ne pouvez pas dire les mêmes choses heu... je ne dirai jamais les mêmes choses avec le Dr MEDECIN GENERALISTE et puis avec mon [médecin proche], ah non ! ah non ! ah non ! ah non... »*.

Malgré ces remarques, le proche ne disait jamais que le soin était moins bon avec leur médecin qu'avec un médecin tiers mais plutôt qu'il était *« différent »* ; *« je ne dirai pas que c'est mieux mais c'est pas traité pareil »*.

E- Ce qu'on fait dans la relation

E.1- Typologie des demandes

Les entretiens permettaient, par ailleurs, de faire un état des lieux approximatif des soins pouvant être demandés au médecin, notamment quand celui-ci n'était pas le médecin traitant. Les principales demandes pouvaient être plutôt informatives comme informer son médecin de sa santé ou demander une information : pédagogique, un avis ou un conseil médical, une vulgarisation du langage hermétique médical, un deuxième avis ou une validation de la prise en charge par un médecin tiers en vue d'une réassurance. Ou un examen ciblé comme l'auscultation des poumons en cas de bronchite, l'examen d'un *« grain de beauté »*. Ou encore une prescription concernant la prise en charge de pathologies aiguës perçues comme bénignes par le proche (infectieuses ou traumatiques), un dépannage de traitement habituel mais aussi une contraception. Enfin, les autres types de demandes étaient diverses comme : la rédaction de *« petits »* certificats médicaux notamment pour le sport, parfois des gestes comme la réalisation

d'une prise de sang ou l'ablation d'une verrue plantaire, la réalisation des vaccinations et premiers contrôles des enfants, une demande de prise en charge en tant que médecin traitant mais aussi toutes les demandes non caractérisées par le proche « *les petits bobos* », « *des petits trucs* », « *des bricoles* », ou ce qu'il n'oserait pas demander à un médecin tiers « *j'ai pas envie d'aller chez le médecin rien que pour ça* ». La demande pouvait enfin être perçue comme obligatoire par le proche de par son état clinique « *je suis enrhumée, je ne peux pas lui cacher* ». A noter, la présence d'un seul cas rapporté par un proche interviewé d'une demande de certificat de complaisance (arrêt maladie).

E.2- Ce qui ne se demande pas

Si les sollicitations étaient diverses et variées, on constatait tout de même l'existence de demandes qui ne se formulaient pas au médecin. En effet, même si le proche relatait dans la majorité des cas, une absence de « *gêne* », de sujets « *tabou* » ou de limitation dans la demande de soin, il existait bien souvent des choses qui bloquaient et le soigné pouvait relater l'envie de maintenir une certaine intimité : « *Y a des choses qui doivent rester de l'intime* ». Les non-demandes pouvaient être très variées allant d'un besoin d'information à un renouvellement de traitement en passant par la confirmation d'une prise en charge par un confrère ou encore une prise en charge de maladies infectieuses aiguës etc... Toutefois, dans ce qui ne s'exprimait pas au médecin, qu'il soit médecin traitant ou non, des thèmes récurrents apparaissaient avec entre autre la sexualité, la psychologie personnelle (difficultés conjugales) ou familiale (besoin d'un pédopsychiatre) mais aussi la réalisation d'un examen clinique général « *j'aimerais pas non plus qu'elle m'ausculte en fait* » ou localisé et plus particulièrement au niveau des organes génitaux. A noter, que dans un contexte de conflit familial, même si les demandes existaient, elles se réduisaient avec un élargissement de la sphère des sujets qui ne s'abordaient pas. Le médecin était ainsi plutôt sollicité pour des besoins de soin lors de sa présence avec des demandes type avis, conseil ou un dépannage de médicament.

Toutes ces « non-demandes » étaient variables selon les interviewés, et pour un même interviewé variables selon le médecin, quand il y en avait plusieurs, en fonction du contexte de la relation affective préexistante (conflit). De par cette dernière situation, les « non-demandes » étaient donc variables dans le temps.

E.3- L'échange / La contrepartie

Dans l'analyse des discours, on relevait dans tous les entretiens des dons que pouvaient faire les proches à leur médecin ; dons qu'ils considéraient comme nécessaires *« je me serai sentie mal à l'aise d'être avec un médecin donc je suis uniquement débitrice quoi. C'est le médecin qui donne et moi j'ai rien à apporter »*.

Ces dons pouvaient être de différentes natures à commencer par des offrandes visant la satisfaction du médecin. Le proche pouvait par exemple se sentir autorisé à parler de ses problèmes de santé puisque, réciproquement il s'intéressait au parcours professionnel de son médecin, à ses difficultés etc... *« le fait de lui parler moi de ces sujets là, oui j'avais l'impression de revaloriser son métier en somme [...] c'est aussi peut-être pour ça qu'après on parlait aussi bien maladie, enfin... ou mes gênes personnelles, ça me... ça me paraissait naturel d'en discuter avec elle »*. Il pouvait accepter que son médecin relate le cas d'un membre de son entourage dans une revue médicale *« elle m'avait demandé si elle pouvait relater le... le cas de Romain »* ou *« soutenir »* son médecin moralement de par sa profession *« il y a eu... honnêtement [...] des consultations, où il était question de moi pendant 2 minutes elle, elle heu... comment dirais-je heu... expédiait heu l'examen et puis après ben il était question d'elle et de... des soucis avec les patients heu... [...] ben comme c'était une [proche], ça me paraissait à la limite un peu logique mais j'étais... je crois très contente, de moi aussi pouvoir lui rendre service »*. Enfin, le proche pouvait confier ses enfants au médecin pensant lui faire plaisir *« je lui demandais, parce que je me disais ça lui fait peut être plaisir de... de faire les premiers contrôles »*.

Ces dons pouvaient être assimilés à un service rendu par le proche à son médecin d'ordre matériel en lui prêtant une camionnette pour un déménagement, en lui réparant son grille-pain ou en faisant de la couture et *« tout était comme ça »*. Le proche pouvait également, de par sa profession aider l'entourage du médecin. Le service pouvait être une promesse de retour futur illustré par le cas d'un proche semblant avoir une « dette » envers le monde médical et qui disait vouloir aider quelqu'un dans la profession *« j'aiderai plus facilement quelqu'un du corps médical »*, ou un autre qui demandait à son médecin un avis comme il pourrait en donner un dans son domaine de compétence professionnel le jour où celui-ci en aurait besoin *« tiens ce serait comme si moi heu... pour élever les enfants, même je suis prof, elle me dit : « heu, tu penses que c'est bien ça ? » « oui » »*. Nombreux étaient les proches qui comparaient leur demande de soin à une demande qu'ils pourraient faire de manière identique à une « couturière », un

« *dépanneur* », « un *mécanicien* », « un *plombier* ». Deux comparaisons plus atypiques étaient à signaler : « une *femme de ménage* » et un « *curé* ». Il pouvait aussi s'agir d'une compensation notamment dans la signification du paiement à l'acte pour le proche « *Y avait... l'acte... c'est... bah c'est... le paiement* ». Par ailleurs, un proche évoquait, sans préciser, la difficulté de « *laisser* » son médecin proche « *de côté* » alors qu'il venait de s'installer. Un autre soigné, dont le médecin n'était pas le médecin traitant, disait : « *Je suis contente qu'ils habitent loin [rire] parce que c'est, c'est... je ne leur dois rien... comme informations* ».

Enfin, ce don pouvait être une rétribution symbolique adressée au prestige du médecin, lorsque le proche essayait de se comporter avec ses confrères de manière « *docile* » et « *gentille* », s'obligeant à être « *correct* » pour ne pas détériorer son image. Le proche expliquait aussi vouloir donner le retour du soin prodigué par son médecin « *Parce qu'elle me donnait beaucoup* » en tentant d'être un patient « *rigoureux* » et appréciait la « *réciprocité des échanges* ». Il en était de même pour la recherche de l'estime et de la valorisation de la « *capacité professionnelle* » du médecin. Enfin, le proche pouvait dire qu'il n'avait jamais connu d'autre médecin : « *je trouve que c'est la normalité pour moi ! J'ai jamais rien connu d'autre* », « *c'était une telle évidence que... [...] J'ai jamais consulté un autre médecin que lui [...] c'est de la fidélité, c'est ce que vous voulez, mais pour moi, c'est vraiment de la confiance hein...* ».

F- La relation telle qu'on la vit

F.1- Côté proche

F.1.1- La gêne et la critique de la normalité

Si la demande de soin apparaissait comme « *évidente* » pour les soignés, ils pouvaient, malgré tout, relater un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leur médecin, allant de la peur de « *déranger* », de « *l'ennuyer* » ; « *on était toujours un petit peu embêté, quoi, de lui demander* » à l'hésitation « *quand on a un petit truc heu..., on se dit est ce qu'on lui demande, est ce qu'on lui demande pas* » voire au freinage de la demande « *ben on demande pas, on met le mouchoir dessus, c'est tout, on espère que ça va se passer* » dans un souci de respect de sa vie privée « *elle a droit à, je pense quand même un peu sa vie privée* » le médecin étant par ailleurs déjà bien occupé par sa seule profession. Il en résultait, pour la plupart, une demande qui restait, à leurs yeux, « *occasionnelle* », « *rare* » ou encore « *exceptionnelle* », quand quelques-uns avouaient une fréquence importante « *tout le temps* » inscrite dans le quotidien « *dans la vie de tous les*

jours heu... on lui demande machinalement tout et n'importe quoi ». La majorité disaient toutefois ne pas « abuser » et essayer « de contrôler » leur demandes. Si la demande paraissait évidente, « la normalité » de la situation était souvent critiquée. Que ce soit par le proche lui-même, en effet il pouvait dire spontanément dans son discours « y a eu un truc » ou encore que sa famille pouvait être différente « on aurait été dans une famille normale [...] enfin « normale »... où il n'y avait pas de médecin, je veux dire ». Il pouvait aussi repérer une situation hiérarchique qui posait problème « elle est dans un sens hiérarchique un peu inférieur normalement mais là elle se retrouve à prendre des décisions, je trouve ça un peu bizarre donc du coup je ne le fais pas » ou admettre s'être questionné temporairement « au début, je me suis dit : « oh bah non, je vais pas prendre ma [proche] comme médecin quand elle s'est installée quoi » et puis après je me suis dit « oh... » [...] c'est un peu par fainéantise, je me suis dit c'est plus simple je la connais, elle me connaît, je ne vais pas me prendre la tête et ça a démarré un peu comme ça » ou y avoir réfléchi après en avoir discuté avec un groupe de personnes concernées « Ben on était d'accord sur le fait qui... c'est quand même mieux de ne pas soigner sa famille mais finalement heu... on a beau avoir les belles théories, de se dire « ah c'est mieux », c'est surtout vachement plus simple quand même heu... d'avoir un médecin ici et de pouvoir lui demander ». Le proche pouvait dire : « y a pas l'objectivité de... de mon médecin généraliste qui est une personne externe à la famille [...] dans la médecine, on ne peut pas à la fois être dedans et dehors... » mais finalement « ça m'a vite heu... passé cette affaire là ». Un des proches soulignait que c'était la première fois qu'il évoquait ce sujet du soin par son médecin « nous, on en a toujours parlé qu'entre nous... et... c'est marrant ... et le fait d'en discuter avec quelqu'un qui est extérieur à la famille ». La normalité de cette situation pouvait être également critiquée par le médecin qui pouvait alors refuser les soins ou essayer de prendre du recul, et aussi par les « pièces rapportées » : « Ma belle-sœur trouve qu'on... qu'on est complètement déconnant, elle, elle va voir quelqu'un d'autre [...] elle a critiqué mais elle est restée dans le... dans le giron quand même » ou les amis « Ca fait beaucoup débat en fait auprès de mes amis. Ouais. Vous en discutez avec eux ? Bah, c'est eux surtout que ça... ça perturbe plus que moi. Ils trouvent ça un peu bizarre. Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? Ah moi, je trouve que c'est la normalité pour moi ! ». Finalement, certains proches reconnaissaient qu'il « y a des gens qui seraient certainement plus à l'aise vis-à-vis d'un inconnu, c'est clair ! Hein heu... c'est vrai... parce que bon... une fois que la porte est fermée, ça y est on en parle plus ».

F.1.2- Les contextes facilitateurs de la demande

Malgré la volonté de respecter l'espace privé de leur médecin et la critique de l'évidence de la demande, le soigné admettait l'existence de situations qui annihilait son autocensure et l'appréhension d'un éventuel refus du médecin et qui facilitaient la demande. Tout d'abord, le contexte spatiotemporel avec la nécessité d'un soin en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets (la nuit ou le week-end) ou des difficultés d'accessibilité aux soins (en campagne dans un contexte de désertification médicale, un départ en vacances) pouvait faciliter la sollicitation du médecin. Ensuite, selon la personne concernée par le besoin de soin, le proche pouvait faire une demande sans se soucier et était amené à franchir les barrières plus volontiers. Quand la demande concernait le proche lui-même, elle était simplifiée en cas de souffrance aigüe morale ou physique « *le principal c'est quand j'ai... j'ai mal quelque part je suis soulagée... [...] que ce soit de la part de mon fils ou du docteur X* » ou en cas d'Urgences médicales. Quand elle concernait l'entourage du proche, les demandes étaient cette fois facilitées si elles touchaient un membre fragile de la famille c'est à dire un enfant ou une personne âgée : « *Une fois je l'ai appelé mais c'est parce que maman était malade, et que là, on a un peu paniqué et que là on avait... on voulait des conseils* » ou encore un proche gravement malade. Pour formuler ces demandes particulières, de par le contexte dans lequel elles se jouaient ou de par la cible du soin, le proche mettait en œuvre des moyens inhabituels pour prendre contact avec son médecin comme l'utilisation du téléphone la rédaction d'un mail « *je cherche à ne pas déranger et pas à m'imposer et heu... donc heu... j'ai demandé par... par mail... et j'ai, j'ai eu une réponse par mail* », ou la visite du médecin à son propre domicile.

F.1.3- La gestion de l'indisponibilité du médecin proche

Certains proches soulignaient que leurs problèmes de santé arrivaient en l'absence de leur médecin « *souvent j'ai des pépins quand il est pas là ! [sourire]* ». Les stratégies adoptées par les proches pour faire face à son indisponibilité temporaire (vacances) se décomposaient ainsi : les proches pouvaient rapporter tout d'abord la sensation d'être déboussolés et de ne pas savoir quoi faire « *qu'est ce qu'on fait?* », certains d'entre eux choisissaient d'attendre son retour « *on traîne* » ; « *je me suis dit : « ça va passer, ça va passer* » parfois finalement consulter leur médecin traitant tiers à la réouverture du cabinet « *- s'il n'est pas là, comment vous faites alors ? - Hé ben disons que... je touche du bois ben j'essaye [...] d'attendre le lundi* ». D'autres proches évoquaient la possibilité de se tourner vers un autre médecin quand il y en avait un ou encore de consulter le remplaçant ou une connaissance du médecin « *je vais voir un autre médecin que je*

connais bien qui est un ami de la famille ». De nombreux proches signalait qu'ils pouvaient informer les médecins tiers consultés, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, qu'ils avaient un médecin dans leur entourage « *en leur disant au moins ils peuvent pas me [rire] baratiner non plus ! [...] ils savent que je peux [...] aussi avoir l'avis d'un autre médecin, donc je me dis, ils vont moins me raconter des salades* » ; ainsi ils avaient l'impression d'être mieux pris en charge avec une vigilance accrue : « *on se dit : « peut-être qu'ils vont être heu... un peu plus attentifs à nous* ». Parce que bon quand on a un rapport avec les spécialistes, on a un rapport aussi inquiet. Heu... c'est on passe le stade au-dessus du médecin généraliste », une considération supérieure, une rapidité majorée : « *peut-être dans des cas, où faut faire remuer les choses... pour prendre des décisions un peu rapides* » sous prétexte qu'ils appartenaient d'une certaine manière au « *cercle [...] parce que y a l'effet corporation qui intervient* ». Enfin et dans la majeure partie des cas, ils s'empressaient de faire confirmer la prise en charge ou d'informer le médecin de la situation dès son retour : « *bon déjà quand il revient, je lui téléphonerai, je le mettrai au courant* » « *je lui demanderai quand même son avis parce qu'il m'importe ! C'est pas parce que j'ai pas confiance à une autre personne [...] c'est pas ça... mais tant qu'à faire [...] je lui demanderai son avis quand même* ».

Lorsque l'indisponibilité était prolongée (éloignement géographique supérieur à 40km ou retraite) nécessitant la déclaration d'un médecin tiers traitant, un certain nombre de proches évoquaient leurs difficultés « *je vous dis pas la galère dans laquelle je me suis retrouvée pour trouver un médecin avec qui je me sente bien hein !* ». On repérait ainsi plusieurs cas de nomadisme médical où le proche écumait les médecins tiers aux alentours mais aucun ne répondait à ses attentes : « *actuellement je change puisque j'ai mon médecin généraliste qui est loin [...] quand c'est urgent je change... j'ai pas été voir deux médecins [...] deux fois même médecin d'affilé [...]* Enfin j'y vais peu hein... donc ma liste est encore longue [sourire]... mais du coup non je ne vais jamais deux fois chez le même. Pour l'instant je n'ai pas encore trouvé un médecin qui me convient vraiment ». Cette errance était aussi évoquée au départ en retraite de leur médecin : « *j'ai eu un... deux, trois... deux, trois... donc le quatrième médecin là* ». Quand le proche commençait à se fixer avec un médecin tiers, il pouvait dire « *ça n'est pas encore ça* ». On notait que les proches dont le médecin était parti à la retraite s'étaient prioritairement tournés vers un de ses associés : « *j'ai pris une de ses associées et puis bah pour moi ça... ça fonctionnait pas donc j'ai préféré aller voir ailleurs* ». L'approche de la retraite du médecin, pouvait être source d'angoisse pour les proches, notamment s'il était le médecin traitant « *Je sais que quand il va être à la retraite..., je vais être mal hein !* », « *je vais avoir un souci* » et ils

avouaient parfois espérer qu'un de ses enfants s'installe non loin. Parmi les proches, on recense un cas où le médecin est intervenu dans le choix du médecin traitant tiers, suite à la demande de son proche, en lui proposant une de ses remplaçantes « *je lui ai dit... « ben qui me conseilles-tu ? » parce que je connais... autrement je ne connaissais personne* ».

Pour les rares proches qui « *s'arrangeaient* » de leur médecin traitant tiers, on remarquait qu'ils le comparaient facilement à leur médecin en les mettant sur un pied d'égalité « *c'est comme si... comme si j'en parlais avec mon médecin traitant* » et ils remarquaient qu'ils avaient le même fonctionnement professionnel « *ils ont une même façon d'agir, une même façon de voir la médecine* » voire que leurs pratiques « *complémentaires* ». Ainsi, les proches pouvaient remarquer des propriétés communes entre leur médecin traitant tiers et leur médecin. A l'opposé, ils pouvaient noter des profils opposés d'ordre physique : par exemple un homme âgé expérimenté, médecin d'enfance du proche avec une jeune médecin récemment installée ou d'ordre relationnel et comportemental opposant un médecin expérimenté, calme, rassurant, pondéré avec une médecin angoissée, angoissante, dramatisante et interventionniste.

F.2- Côté médecin

Les soignés relataient différentes émotions par lesquelles pouvaient passer leur médecin. Elles étaient variées et n'étaient, pour la plupart, pas récurrentes dans le discours d'un soigné à l'autre.

Le proche rapportait parfois un sentiment de contrainte « *ça le faisait suer* » ou il l'imaginait : « *vous savez quand vous avez fait une bonne journée et puis qu'on vient encore vous demander* », « *Elle peut en avoir marre aussi... forcément heu... parce que y a pas que moi du coup surtout dans ma famille [...] la nounou demande des avis* ». L'un d'eux évoquait la difficulté pour un médecin de soigner un membre de son entourage à cause des responsabilités « *ça enlève peut être des responsabilités à... au médecin généraliste de la famille...* » ou lors de situations émotionnellement difficiles : « *on voit peut être pas de la même manière lorsqu'on voit les siens... tristes comme ça était le cas de mon mari quand hélas heu... c'était les derniers moments [...] ah, je ne sais pas si on a la même force pour pouvoir soigner les siens comme heu... en tant que médecin* ».

Quelques-uns évoquaient, au contraire, le contentement : « *il accepte de soigner les petits enfants ? Ah oui... oui, oui ! Il est assez content même, je crois... c'est... oui* » voire la fierté que pouvait ressentir le médecin à la réalisation du soin : « *il était... fier [sourire]... non, c'est vrai...*

bon, il dit pas grand-chose mais heu... ça se voyait ! ». Toutefois, un médecin avait pu témoigner à son proche l'appréhension d'éventuelles répercussions de sa relation médicale à sa petite-fille « *bah faudrait quand même pas qu'elle me prenne en grippe parce que je lui fais un vaccin* ». Certains relataient l'impression que le médecin était plus décontracté qu'à l'habitude « *peut-être que ça le détend [sourire] voyez, il en profite pour se détendre un petit peu* » et qu'il « *n'attendait pas* » son proche « *de la même façon* » qu'un patient lambda.

Un soigné faisait état de l'absence de « *stress* » ressenti chez son médecin, là où un autre évoquait l'inquiétude que pouvait générer le fait de soigner un membre de son entourage « *peut-être que... si il y a quelque chose qui ne va pas, elle va s'en inquiéter d'avantage, elle va téléphoner même heu... après, pour savoir comment ça va le..., ce qu'elle ne fera peut-être pas avec un autre patient* » ou a contrario l'angoisse de ne pas connaître l'état de santé de son proche si le médecin ne le soignait pas « *le fait qu'il soit pas au courant et tout ce serait pire [...] donc si il est pas dedans, il va pas être au courant* » pouvant entraîner un « *regret* » dans le choix de « *casquette* » et éventuellement le confronter à l'échec. Rarement, ils décrivaient la « *déstabilisation* » ou la gêne du médecin lors de situations délicates « *il y a peut-être des consultations qui lui pourraient le gêner. Heu... Heu... pffff... qu'est ce qu'on... style le toucher rectal par exemple [sourire] mais bon...* » ou la peur d'attrister un proche : « *parce que... je sais pas, j'ai... ou... on pourrait peut-être cacher quelque chose de peur que ça fasse de la peine...* ». Un interviewé faisait part du besoin de reconnaissance de son médecin en voulant absolument soigner son entourage pour prouver sa valeur et que celui-ci pouvait ne pas apprécier que son proche « *aille voir quelqu'un d'autre* ».

De nombreux proches disaient que leur médecin ne s'exprimait pas sur leurs émotions : « *il ne parle pas beaucoup* », « *ben elle ne nous l'a jamais dit* » ; « *il s'exprime pas là-dessus donc je ne sais pas ce qu'il pense lui* ».

DISCUSSION

A- Critique de la méthode

La méthode qualitative par entretien semi-dirigée était adaptée pour répondre à la question. Le ressenti, les expériences ainsi que le parcours de soins des interviewés ayant un ou plusieurs médecins généralistes dans leur entourage ont pu être recueillis.

Cette étude fait l'objet de différents biais, à commencer par un biais d'interprétation. En effet, les statuts de l'intervieweur et du directeur de thèse ont pu engendrer une analyse subjective des discours en raison de leur positionnement idéologique sur le sujet. Si la triangulation des données se voulait nécessairement faite par une personne professionnellement extérieure à la médecine générale ce qui fut le cas ; il faut signaler qu'elle possède plusieurs médecins généralistes dans son entourage, ce qui pourrait entraîner une identification en tant que proche et lui faire perdre son objectivité. Le deuxième biais, inhérent à ce type d'approche, concerne le recrutement. Même si aucun cas n'a été porté à la connaissance de l'Intervieweur, les soignés géographiquement éloignés et ne sachant pas se servir des nouvelles technologies n'ont pas été recrutés : la sélection s'est probablement faite en amont par les médecins généralistes. De plus, on remarque l'absence de recrutement de soignés véritablement opposés aux soins par leur médecin avec expérience négative ce qui constitue un biais de sélection important. Cette observation peut-elle être expliquée par la volonté de recruter au départ les proches des médecins interviewés précédemment ? Le miroir espéré pouvait ainsi engendrer quelques soucis méthodologiques comme une réflexion antérieure du proche ou une sélection particulière des interviewés. Aussi, la nécessaire diversification de la méthode de recrutement pour obtenir la saturation des données semble finalement plutôt positive. Troisièmement un biais culturel peut être questionné comme dans la thèse de P. DAGNICOURT. [7]. Du fait d'une bibliographie restreinte, la grille d'entretien a été élaborée à partir d'une littérature à majorité anglo-saxonne auprès de soignés français. Enfin, on signalera, la réalisation des entretiens au domicile des proches et le commencement de l'échange généralement par l'abord, dans les premières minutes, des antécédents du proche. En conséquence, un quatrième biais pourrait être lié à l'instauration d'une proximité entre le proche et l'intervieweur pouvant aller jusqu'à la mise en place d'une relation passive de l'interviewé dans une pseudo relation médecin-malade.

On regrettera, par ailleurs, l'absence de mère médecin dans le recrutement et de point de vue de fils exploitable par défaut de recueil de consentement écrit. On note toutefois que trois autres fils sollicités par l'intervieweur n'ont pas donné suite à la prise de contact. Deux cas ont tout de même été rapportés par les proches interviewés : l'un semblait faire des demandes, l'autre ne pas en faire.

B- L'évidence à questionner

L'« *évidence* » de la demande est mise en avant par tous les proches. Ce résultat corrobore le point de vue des médecins des quelques travaux réalisés sur le sujet, qui considèrent dans plus de 90% des cas avoir déjà eu des demandes et prodigué des soins à leur entourage. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10]. Cette demande est effective quelle que soit la situation (conflit affectif, refus de soin par le médecin ou réflexion préalable du proche). Beaucoup de qualificatifs sont associés à cette « *évidence* » [Annexe IX]. Pour autant, les proches la questionnent peu. Toutefois, ils perçoivent une étrangeté dans la relation, via l'utilisation du registre des biais, mais qu'ils ont du mal à préciser. N'ayant pas connu d'autres médecins, la plupart d'entre eux remarquent le manque de comparaison possible. Ce résultat peut être à nuancer au regard du biais de recrutement.

Que sous-tend alors cette notion d'« *évidence* » pour le proche ? Pour tenter de l'expliquer, ils la motivent par différents arguments tout aussi évidents : à commencer par le lien qui les unit à leur médecin : « *naturel* » quand ils évoquent la famille, « *de fil en aiguille* » dans un contexte amical qui laisse supposer la construction progressive de la relation ; mais aussi, la praticité, le confort, la proximité, la connaissance, la confiance et la réassurance rapide qu'il leur apporte. Le soin au reste de la famille comme critère d'intégration au groupe et les caractéristiques du médecin de par leur similarité (sexe...) ou leur complémentarité complètent les motivations du proche, qu'ils achèvent par l'évidence du rôle médical du médecin (utilisation de comparaison à différents métiers : dépanneur, couturière...), sa bonne réputation ainsi que leurs convictions subjectives de ses compétences. Enfin, la mise en jeu du contexte national actuel (désertification médicale et économie budgétaire) semble plus de l'ordre d'une justification sociale du bienfondé de la demande. Beaucoup de ces arguments sont renvoyés par les médecins interviewés dans la thèse de P. DAGNICOURT en 2012 [7] dans ce qu'ils perçoivent de positif de la situation. J. La PUMA et E. R. PRIEST, en 1992, [13] disent qu'un soin peut être prodigué à un proche dans le cadre d'une urgence ou d'une maladie bénigne sans

pour autant altérer l'objectivité et enfreindre les règles éthiques, rendant ainsi la situation confortable pour tous.

Cette « *évidence* » est, bien souvent, confirmée par le médecin qui l'alimente en acceptant ou en ne s'opposant pas à la demande de leur proche, ou en l'autorisant implicitement voire en la renforçant positivement. Ces comportements des médecins incitent le proche à réitérer l'expérience et ils pourraient s'inscrire dans la théorie de l'engagement décrite par C. KIESLER, en 1971 [14]. Ce professeur en psychologie sociale américain définit l'engagement comme « *le lien qui unit l'individu à ses actes comportementaux* » excluant ainsi ses opinions sur l'incidence relative de ses conduites effectives. Cet engagement peut être renforcé par 5 facteurs dont 4 peuvent illustrer notre sujet. Tout d'abord le caractère irréversible de l'acte dans la mesure où donner un soin l'est par définition : on ne peut pas le reprendre. Puis la répétition de l'acte : plus l'acte est renouvelé, plus l'individu s'engage. Dans notre cas, si le proche évoque une « *gêne* » à la demande et stipule qu'elle reste « *occasionnelle* », l'ensemble des contenus laisse suggérer un nombre conséquent d'épisodes qui s'inscrivent dans le quotidien. Cette fréquence se confirme par le repérage des situations d'absence du médecin qu'ils perçoivent alors comme un événement saillant interprétable comme inhabituel à leurs yeux : « *souvent j'ai des pépins quand il est pas là !* ». La fréquence des demandes est par ailleurs démultipliée par le nombre de proches entourant le médecin. Malgré leur souhait de préserver « la personne » médecin en « *contrôlant* » ces demandes, le proche reconnaît certains contextes facilitateurs : spatiotemporel, d'urgence médicale (dont le degré reste subjectif de par la connaissance médicale du proche) ou de fragilité de la cible du soin. Dans la thèse P DAGNICOURT [7], les médecins signalent avoir du mal à séparer vie privée et professionnelle de par la sollicitation constante de leur entourage rejoignant le modèle de la disponibilité permanente rapporté par N. LAPEYRE et N. LE FREUVE en 2005 [15]. Le caractère coûteux de l'acte est le 3^{ème} facteur de renforcement de l'engagement : une succession d'actes peu coûteux permet d'espérer la réalisation d'un acte plus important par la suite, et plus l'acte réalisé est coûteux, plus l'individu s'engage. L'analyse des demandes effectuées par les proches peut être répartie selon les 3 catégories proposées par EK. FROMME, NJ. FARBER, SF. BABBOTT, ME. PICKETT and BW. BEASLEY en 2008 [16] : les demandes à faible risque qui sont essentiellement des demandes informatives, les demandes à moyen risque comme un renouvellement ponctuel ou ne pas inquiéter le proche et les demandes à fort risque comme une coordination des soins... [Annexe X]. On peut ici imaginer que, plus le médecin va accumuler des actes peu coûteux, plus il sera possible pour le proche de lui faire une demande appartenant à la catégorie supérieure de

risque. Par ailleurs, plus l'acte accepté par le médecin appartiendra à un niveau élevé de risque, plus il renforcera son engagement envers son proche. Enfin, le caractère public d'un acte : si un médecin répond positivement à une demande de soin d'un de ses proches en présence d'autres personnes de son entourage ou que cette réponse vient à être sue des autres membres, alors il peut s'engager ou renforcer son engagement auprès de ses proches témoins. Le sentiment de liberté dans lequel est réalisé l'acte, 5^{ème} et principal facteur du renforcement de l'engagement, est plus difficile à illustrer ici, tant au final, le médecin qui réalise l'acte ne perçoit sans doute pas la contrainte implicite qui pèse sur lui.

Cette théorie de l'engagement peut, à l'extrême, pousser l'individu engagé dans le « piège abscons » [17] [18] qui consiste en une persévération de son comportement irrationnel sous prétexte qu'il est trop tard pour s'arrêter...

Ainsi, si les demandes sont évidentes pour le proche, y trouvant des motivations essentiellement d'ordre pratique, le médecin doit être conscient qu'il est acteur de son engagement dans la relation médecin-malade qu'il construit avec lui par sa réponse. L'accumulation de réponses positives et l'importance du soin prodigué peuvent renforcer l'engagement du médecin envers son proche. Il aura alors de plus en plus de difficultés à s'en défaire, devant justifier chacune de ses réponses antérieures.

C- La confusion des rôles et les limites de chacun d'eux

La relation médecin-malade proche est singulière, de par le lien affectif préexistant qui l'influence positivement ou négativement [7]. Elle s'ancre par des motifs de demandes particuliers du proche et les réponses du médecin, chacun essayant de jouer son rôle.

Le proche se distingue deux rôles de patient bien différents : celui du « *patient comme un autre* » qu'il revendique et celui du patient « spécifique » lié à la présence d'un médecin dans son entourage dont il se défend. Cette situation est parfois perçue comme négative notamment vis-à-vis des autres patients du médecin ou des spécialistes, dans le choix du médecin tiers traitant ou dans sa vie quotidienne, lors des situations d'indisponibilité du médecin... Mais, il a aussi son utilité et le proche admet « *s'en servir* » dans certains cas notamment avec les spécialistes pour obtenir davantage de considération ou pour le côté pratique, rapide et confortable de la présence du médecin (exemple de l'observance médiocre avec ajustement du traitement par le médecin à proximité si les choses se dégradent). Le médecin, quant à lui, est amené à prendre sa « *casquette* » tantôt de proche tantôt de médecin nécessitant parfois une

adaptation d'une minute à l'autre. Les rôles du médecin attendus par le proche sont multiples allant du veilleur de la famille avec son regard médical au quotidien, à l'aiguilleur vers les spécialistes, en passant par le dépanneur ou encore le médecin traitant avec les missions qui lui incombent une fois déclaré officiellement.

Si les deux protagonistes tentent de ne « *pas tout mélanger* » en distinguant les rôles de chacun et en évoquant des « *règles à respecter* », notamment l'importance d'un respect mutuel, il n'en ressort pas moins une confusion ambiante des positions dans les discours. Cette ambiguïté est particulièrement manifeste dans la proximité langagière du proche : « *et toi, Docteur* » et dans sa mise en scène lors de l'entretien quand le proche interpelle l'intervieweur sur des questions médicales. L'organisation quotidienne et les thèmes de discussion entre médecin et proche semblent parfois prêter à confusion notamment dans les interventions spontanées du médecin. Cette ambiguïté est encore plus marquée quand le médecin n'est pas le médecin traitant de son proche. Comme le montrait par ailleurs P. DAGNICOURT [7], la confusion des rôles implique les deux acteurs principaux de cette relation : le proche et le médecin, mais aussi les confrères de ce dernier qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

L'implication d'un médecin dans la santé d'un proche crée automatiquement une tension entre ses rôles professionnel et personnel [16]. On peut alors se demander où en est la limite ? Jusqu'où veille-t-il sur son entourage ? Cette réflexion invite à réfléchir à la différence entre « soigner » et « prendre soin de ». Est-ce la notion juridique de la non-assistance à personne en danger [Article 9 du Code de déontologie, Annexe II] ou le « *remords* » décrit par EK. FROMME en 2012 [19]. Dans son article, il explique que cette sensation doit être un signal d'alarme pour le médecin qui signifie pour lui l'entrée sur un terrain périlleux. Pour l'éviter, il considère l'importance de définir en amont de la réponse, les objectifs à atteindre. De façon générique et en s'inspirant de sa publication, quels pourraient-ils être ? D'abord, que le proche bénéficie d'une réponse adaptée à sa demande, puis qu'il ne court pas de risque tout comme le médecin et enfin que le lien affectif qui les unit soit préservé. FROMME propose alors de raisonner avec ces objectifs en arrière-pensée en tentant de ne pas faire appel à son diplôme de médecin. Il incite les médecins à s'intéresser à leur proche et à se montrer concerné par leur problème médical en le questionnant davantage : « *Can you tell me more ?* » ; formule qui, selon lui, pourrait parfaitement être dite par un proche non médecin. Il suggère par la suite des réponses qui s'apparentent aux « *low risks* » de sa classification [16] par rapport aux « *high risks* » mais c'est sans prendre en compte le risque d'engagement décrit ci-dessus via une succession de réponses en bas risque...

D- Un système dynamique équilibré par des négociations

Devant l'évidence de la demande et la complexité de la réponse à apporter aux proches pour le médecin, de par les enjeux et l'existence d'une tension constante entre les rôles, la relation peut s'apparenter à un système dynamique où la négociation entre les deux protagonistes tente d'aboutir à un équilibre à court, moyen ou long terme qui peut à tout moment être remis en cause par une demande spécifique, dans un contexte particulier.

Les négociations des médecins semblent le plus souvent passer par leur mise en retrait ou par la concession de soins. Dans le premier cas de figure, ils optent pour l'évitement de certains sujets, la banalisation des symptômes (haut risque) [16], la réalisation d'un examen réduit à la seule manifestation du symptôme, le renvoi vers le généraliste référent ou des spécialistes, l'anticipation des urgences en donnant la conduite à tenir à leur proche ou le refus de soins. Un changement de statut (passage à la retraite) permet au médecin de mettre à jour ses attitudes face à la demande de soins d'un proche. La majorité de ces situations sont évoquées par les interviewés de la thèse de P. DAGNICOURT [7] et pourraient s'assimiler à des stratégies de préservation de leur bien être personnel et de leur relation avec leur proche. Parallèlement à ces comportements, le médecin quand il est médecin traitant, semble vouloir mettre en place un cadre rassurant, accepté par le proche, qui lui permette de se repositionner plus facilement dans son rôle professionnel. Le cadre est défini par une dimension spatiotemporelle (temps de consultation au cabinet médical), par la barrière officielle du paiement et par la signature de la déclaration du médecin traitant. Mais toutes ces mesures sont-elles véritablement efficaces ? Permettent-elles de glisser vers une relation médecin-malade professionnelle où l'acte réalisé tend à l'objectivité dans un contexte de médecine holistique ? On remarque que la classification de FROMME et AL de 2008 [16] ne fait à aucun moment référence à la situation où le médecin pourrait être médecin traitant : cette situation serait-elle un intermédiaire acceptable pour les deux protagonistes ? Ou pourrait-elle appartenir à la catégorie « *high risk* » dans la mesure où la majorité des actes de cette catégorie relèvent des missions du médecin traitant ? Nous rappellerons tout de même que cette classification est issue de chercheurs américains dont le système de santé n'est peut-être pas extrapolable à la France. Dans le deuxième cas de figure, les médecins concèdent la réalisation de certains soins comme l'accompagnement du proche lors de la réalisation d'examen médicaux (bas risque), la prise en charge de pathologies aiguës bénignes notamment pour les (petits)-enfants sur leur lieu de vacances par confort (risque moyen) [16].

De leurs côtés, les proches négocient également par une mise à distance. Ces stratégies de retrait sont diverses, allant de la non-demande, à la réponse évasive, en passant par la sélection des informations transmises au médecin (comptes-rendus oraux ou écrits), l'envie ou non d'une communication entre le médecin et un médecin tiers, un examen sommaire ou encore le recours à des spécialistes. Tous ces comportements peuvent s'intégrer dans leur volonté de vouloir préserver leur sphère intime dont les contours sont dessinée par la typologie des non demandes dont on a vu dans les résultats la variabilité interpersonnelle, temporelle et adaptée au médecin. Elle est sûrement un espace important à repérer et à prendre en compte pour les médecins lorsqu'ils sont confrontés à une demande de soin ou encore dans leur rôle de veilleur. Une des proches a pu expliquer que son médecin l'avait adressé à des spécialistes lors d'évènements médicaux qu'elle mettait en lien avec son intimité. La dynamique s'observe donc dans la définition de l'intimité avec le jeu de négociations mises en place d'une part, par le médecin dans le but de préserver son bien-être personnel et d'autre part, par le proche pour maintenir l'intégrité de cette sphère (qu'elle soit corporelle, privée, familiale ou amicale).

Si le médecin semble avoir un rôle important de par sa connaissance professionnelle, l'orientation qu'il donne à la consultation en fonction de la demande et le cadre qu'il impose, le proche tente de reprendre la maîtrise dans la relation. En effet, il exprime sa volonté d'en référer à son médecin et stipule par exemple préférer lui poser ses questions plutôt qu'à un spécialiste à qui il l'aurait adressé, ou lui faire des demandes malgré son refus, accepter des compromis pour le garder comme médecin traitant, lui imposer ses horaires pour reprendre l'ascendant sur le cadre ou tout simplement choisir à qui il demande et par qui il se fait suivre. Il précise par ailleurs qu'il « *exerce son libre arbitre* ». Ces attitudes peuvent également tenir lieu d'ajustements de la part du proche qui devient décideur dans l'issue des négociations, ce d'autant plus qu'il rappelle que « médecin » est considéré comme un état permanent, ainsi aucune situation ne peut être envisagée comme gênante pour lui et rend la demande illimitée. Ce contrôle rend le lien avec son médecin défectible dans l'esprit du proche. Certains proches avouent même préférer aller voir une personne « *extérieure* » à leur entourage pour se défaire de l'« *affect* ». La majorité des soignés qui tiennent ce discours n'ont pas déclaré leur médecin comme médecin traitant. Dans ce cas, ils ne doutent jamais du professionnalisme de leur médecin mais espèrent trouver une objectivité et une attention plus grande ailleurs. A aucun moment, ils ne conçoivent un soin de qualité inférieure par rapport à celui que leur prodiguerait un médecin tiers mais évoquent plutôt un soin « *différent* » supérieur ou égal. Alors que les médecins rapportaient en 2012 [7] des reproches, une remise en cause de leurs compétences, des

erreurs de prises en charge ou encore une remontrance vis-à-vis du paiement, les proches ne semblent ici pas enclins à critiquer la qualité médicale et le fonctionnement de leur médecin. Comment expliquer ce hiatus ? Soit par la perception erronée des deux protagonistes, soit par l'omission des proches ? Omission volontaire à cause du lien affectif qui les unit à leur médecin soucieux de préserver le professionnalisme du médecin : ce sont des choses qu'ils ne peuvent pas dire ? Ou omission involontaire car ils ne sont pas conscients de leurs reproches ce qui illustrerait à nouveau la confusion des rôles en pensant s'adresser à leur proche et non à leur médecin ? En consultant un médecin extérieur, ils espèrent également empêcher l'instauration d'une certaine « routine » et comparent parfois le soin que pourrait leur prodiguer leur médecin avec celui d'un médecin connu depuis longtemps. De par cette réflexion, ils abordent la familiarité sous deux aspects : l'un du fait du lien affectif préexistant et l'autre lié à la fréquence des consultations. Un des interviewés parle de son médecin extérieur comme d'un ami. Ainsi cette fréquence des consultations n'instaure-t-elle pas progressivement une relation particulière affective de type amicale, au moins du côté du proche, qui la fait tendre vers une relation symétrique étudiée dans ce travail ? Un des proches propose comme remède à la familiarité, de façon générale, le changement de médecin...

Si pour le proche le lien semble défectible, en réalité, il l'est difficilement : d'une part pour le médecin dans le cadre de son engagement et d'autre part pour le soigné, non seulement car il n'imagine pas que le soin de son médecin puisse être inférieur (ou par un niveau d'exigence moins important ?) mais aussi dans son vécu de situations potentiellement conflictuelles ou d'indisponibilité de ce dernier. Les négociations, évoquées ci-dessus, peuvent alors être perçues comme autant de tentatives de résolution de conflit potentiel pour garder l'équilibre malgré la divergence de perspective et d'intérêt des deux partenaires. En effet, les situations conflictuelles restent imaginées voire inconcevables pour les proches (exemple du secret professionnel ou de l'erreur médicale). La gestion du conflit passe par le dire dans des cas spéculés mais surtout par le taire dans les situations réelles. L'évolution parallèle des relations médicale et affective évoquée dans les résultats montre que, dans l'absolu, la rupture médicale est possible en cas de conflit affectif (amical ou familial), qu'elle serait envisageable en cas de conflit médical dans une configuration amicale alors qu'elle paraît impossible dans un contexte familial. Ainsi on peut penser que le véritable objectif, dans ces situations, est la préservation du lien affectif avant tout, ce qui démontre une nouvelle fois l'importance du lien de dépendance qui semble finalement indéfectible. La gestion de l'indisponibilité des médecins par le proche peut être envisagée comme une illustration de ce lien de dépendance. En effet, ce

dernier n'envisage pas que le lien se défasse : l'absence le rompant temporairement, la situation devient problématique. Les stratégies alors adoptées font toutes références à leur médecin : on l'« attend », on « traine », on voit son remplaçant, on consulte un ami ou un deuxième médecin quand il y en a un et surtout on l'« informe » des événements dès son retour. Ces comportements montrent l'omniprésence du médecin dans l'esprit du proche tout comme lors de leur quête du médecin traitant. En effet, bon nombre de proches ont désigné leur médecin comme médecin traitant. Quand cela n'est pas le cas, le médecin traitant tiers est alors un profil opposé à celui du médecin (contre modèle) ou, au contraire, possède de nombreuses caractéristiques communes (modèle) avec des pratiques que le proche qualifie de complémentaires. Cela peut faire référence aux notions de transfert positif dans le cas du modèle ou négatif dans celui du contre-modèle [25]. Enfin, bon nombre de proches passe par un moment d'errance médicale avant de s'établir avec un médecin traitant qui ne leur convient pas forcément. De même, l'annonce de la retraite ou son anticipation peut également dérouter le proche.

E- La réciprocité des échanges : Qu'est-ce qu'ils y gagnent ?

Quoi qu'ils en pensent et en disent, le lien de dépendance est donc solide. Dans cette relation particulière et symétrique, les deux protagonistes ne peuvent donc pas être en dette l'un envers l'autre. Elle est nécessairement réciproque notamment dans les « rémunérations » évoquant une relation commerciale. Ces rémunérations sont illustrées par les échanges qui ont lieu entre médecin et proche venant alimenter la relation. Cette réciprocité est gratifiante à tous les niveaux : médicale pour le proche et personnelle pour le médecin. Le médecin donne du médical et le proche différents types de dons : une offrande, un service rendu, une rétribution symbolique...

Ces contreparties illustrent la théorie de l'équité d'ADAMS de 1963 [20] ou encore de l'échange social de WALSTER E., WALSTER G.W., BERSCHEID E. de 1978 [21], THIBAUT J.W., KELLEY H.H. de 1959 [22]. Ces théories expliquent la stabilité d'une relation par la notion d'équité ou d'iniquité ressentie par l'individu, ici le proche. Ce sentiment est toujours le résultat d'une comparaison subjective des coûts-bénéfices et non pas la réalisation de faits objectifs. Ainsi selon les avantages et les contributions perçus par le proche, une situation qui lui paraissait équitable peut se déséquilibrer et inversement. Il est important de souligner que, dans ces théories, chaque individu accorde un poids différent aux contreparties. L'équilibre d'une situation reste donc subjectif et individuel. Ce calcul peut être utilisé par la suite pour justifier une rupture ou un problème. Dans ces théories, ce qui détermine si le soigné va entretenir ou

rompre la relation est l'ensemble des alternatives possibles influencées par des facteurs intrinsèques (ex : timidité) et extrinsèques (ex : autre médecin femme aux alentours) créant ainsi un lien de dépendance plus ou moins important au médecin. En cas d'éventuelle rupture, le proche va prendre en compte ce qui pourrait le freiner à quitter cette relation. Par les négociations et les contreparties, la relation entre un médecin et son proche semble donc se maintenir à l'équilibre et difficile à interrompre.

F- Les grands absents

Dans le discours du proche, il existe un manque important concernant la mise en doute du professionnalisme de leur médecin par rapport à la thèse de 2012 [7]. D'autres hiatus sont à signaler tels que l'absence de la préservation de la fonction médicale et de ses potentielles répercussions sur le bien-être du médecin ainsi que les conséquences affectives en cas de déséquilibre de la relation médicale.

En effet, les proches font état d'une volonté de vouloir préserver « la personne » médecin dans sa vie privée du fait d'une profession prenante de par le volume horaire, l'importance de l'administratif etc... ce qui les pousse à limiter leurs demandes. En revanche, peu de proches évoquent la préservation du médecin dans sa fonction médicale avec notamment les problèmes posés par l'examen clinique dont aucun ne fait mention ou encore l'influence du lien préexistant sur la prise en charge.

De même, les répercussions sur le bien-être du médecin de la prise en charge d'un membre de son entourage (prise en charge lourde, annonce d'un diagnostic grave, la responsabilité dans un décès, l'angoisse ou la remise en question) sont peu évoquées par les proches tout comme les répercussions familiales possibles lors de situations conflictuelles comme l'exemple de l'erreur médicale ou la rupture du secret professionnel qui sont, à l'extrême, rejetées par le proche.

Enfin, on peut s'interroger sur le peu de cas de demande complaisante (1 cas évoqué rapporté) et la quasi absence de restitution de situations conflictuelles, peut-être à mettre en lien avec le biais de recrutement.

Ainsi la demande est donc évidente pour le proche qui n'a pas conscience de sa fréquence et peu des risques inhérents (médicaux et / ou affectifs) à cause d'une connaissance profane de la médecine, de la confusion des positions par opposition au médecin qui vit avec ces risques et y pense quotidiennement, pour une majorité. De plus, on remarque qu'en cas de circonstances

conflictuelles qui restent des situations « imaginaires » pour le proche celui-ci évoque systématiquement l'implication du médecin, ne pouvant pas envisager une part de responsabilité personnelle. Ces comportements peuvent être directement mis en lien avec les relations affinitaires [23] dans lesquelles on ne s'envisage pas soi comme rompant la relation ou comme pouvant être à l'origine de la rupture. Au vu de cette discussion, on peut se poser la question de savoir si le patient offre un terrain susceptible de favoriser voire d'amorcer un débat sur ce sujet ? Ou si le médecin est le seul à pouvoir accommoder son attitude pour que le proche reçoive des soins adaptés tout en préservant son bien-être et la relation affective ?

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer que, ni un positionnement clair du médecin sur sa volonté ou son refus de prodiguer des soins, ni une réflexion antérieure du proche sur ce sujet, ni un conflit familial en cours n'étaient susceptibles de contrarier la demande de soins qui apparaît comme « évidente » aux yeux des proches, de même que le rôle médical de leur médecin. Ils la questionnent peu et ne semblent pas percevoir les risques inhérents à cette pratique, du fait d'une connaissance limitée et de l'absence de vécu de situations problématiques. Ces risques sont pourtant omniprésents dans l'esprit du soignant. Un tel contexte, invite à examiner les représentations que le proche se fait de l'acte médical et à étudier leurs éventuelles différences avec celles d'un patient lambda.

Les soignés imposent davantage de contrainte à leur médecin, pour autant, ils semblent sous l'emprise d'un lien de dépendance indéfectible. Ainsi, il paraît compliqué d'essayer de les mettre à contribution directement dans cette réflexion, tant elle nécessite un questionnement sur l'évidence de la relation. Il appartient, dès lors, au médecin de préciser, tôt dans sa carrière, sa position par rapport à son proche et d'assurer un rôle éducatif, à long terme, sur l'étendue et la complexité de la situation pour stimuler sa réflexion. De fait, des questions pourraient-elles être formulées à ce dernier à l'image de celles proposées pour les médecins par LA PUMA et PRIEST [13], comme : « êtes-vous prêt à accepter les conséquences d'un soin qui n'est pas idéal par votre médecin ? », « êtes-vous prêt à accepter que le verdict médical de votre médecin entame votre relation affective ? », « êtes-vous prêt à accepter une mauvaise nouvelle par votre médecin ? », « êtes-vous prêt à dévoiler votre intimité à votre médecin ? », « seriez-vous aussi à l'aise avec votre médecin qu'avec un médecin tiers ? ».

Au vu de ce travail, le médecin apparaît seul face à des demandes multiples et inévitables. Doit-il alors soigner ses proches ? Quelle réponse acceptable peut-il apporter ? La relation médecin-proche est dynamique et passe par des ajustements mutuels entre les deux partenaires, faits de contreparties et de négociations continues. Le médecin doit être conscient du risque d'engagement [14] vers lequel ces négociations peuvent le conduire, mais aussi de sa potentielle évolution, lorsqu'il accepte la réalisation de soins avec des degrés d'implication différents ou l'accumulation continue de réponses sans risques apparents. De même, il doit mesurer que ses mises en retrait, dans le cadre de la négociation, peuvent déjà être assimilables à des réponses à

risque d'engagement [16]. Comment peut-il alors s'en défaire et envisager des modalités de sortie de la relation afin d'éviter une escalade d'engagement ?

FROMME (2012) [19] tente d'apporter une solution intermédiaire en se demandant quels pourraient être les objectifs face à une demande de soins du proche, afin de garantir aux deux partenaires un niveau de satisfaction convenable. Ces objectifs pourraient-ils être traduits en questions afin de compléter la réflexion préalable de LA PUMA et PRIEST [13] et d'éviter un ajustement trop spontané ? Cela reviendrait à se demander : « Quelle serait la réaction de mon proche face à un refus de soins de ma part ? Puis-je donner une réponse adaptée à sa demande en évitant de lui faire courir un risque tout en préservant mon bien être personnel et notre relation affective ? On peut essayer de répondre à cette question par une posture recommandée par FROMME [19] qui propose de laisser systématiquement son diplôme de côté et de s'intéresser au problème de son proche, comme le ferait un autre membre de la famille. Un glissement vers un rôle médical peut être envisagé, dans un deuxième temps, s'il semble indispensable pour satisfaire deux objectifs : 1/ ne pas faire courir de danger au proche, 2/ préserver voire renforcer le lien affectif. Ce faisant, cela ne permet pas de trouver une articulation entre les deux rôles (professionnel et personnel). Jusqu'où doit-on aller dans l'interventionnisme ou au contraire dans l'abstentionnisme ? Où se situe la limite de la veille de l'entourage par le médecin ? Nous avons tenté de donner quelques repères juridiques et bibliographiques mais des recommandations ne peuvent être établies car difficilement applicables. Il n'en reste pas moins que cette question nécessite une réflexion antérieure afin de limiter l'engagement du médecin et que la réponse reste individuelle, au cas par cas, en fonction du type de demande, du proche et de sa personnalité mais aussi du lien affectif selon qu'il est familial ou amical... Cette distinction devrait être étudiée par la suite dans la mesure où elle n'induit probablement pas les mêmes rapports et, de fait, suppose des modalités différentes pour se défaire de la relation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1/ MASSON L. Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris-Necker : Université de Paris-Necker enfants-malades, 1996.

2/ CASTERA F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille. Thèse d'exercice de médecine générale. Toulouse : Université de Toulouse, 2005.

3/ LASSERRE-CORNEC S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse d'exercice de médecine générale. Lille : Université Lille 2, 2005.

4/ VALLEREND V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille. Thèse d'exercice de médecine générale. Caen : Université de Caen, 2009.

5/ BONVALOT V. Médecin traitant de sa propre famille : différence de pratique dans la relation thérapeutique intra-familiale. Thèse d'exercice de médecine générale. Aix-Marseille : Université d'Aix-Marseille, 2009.

6/ COTTEREAU S. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? Thèse d'exercice de médecine générale. Angers : Université d'Angers, 2011.

7/ DAGNICOURT P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner. Thèse d'exercice de médecine générale. Angers : Université d'Angers, 2012, 67p.

8/ PELTZ-AIM J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris 7 : Université Paris-Diderot, 2012, p

9/ BEGUIN M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soin venant d'un de ses proches. Thèse d'exercice de médecine générale. Grenoble : Université Joseph-Fourier, 2013.

10/ KENNETH D., AMA Attacks Physicians caring for theirs Families, Journal of American Physicians and Surgeons, Volume 16, Number 3, 1991.

11/ AMA. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members. Juin 1993.

12/ LA PUMA J., MD, STOCKING C.B. and al. When Physicians treat their own members of families. *The New England Journal of Medicine*, Octobre 1991, Volume 325, N° 18, p 1290 – 1294.

13/ LA PUMA J., MD; PRIEST E.R., MD. Is There a Doctor in the House? An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families. *JAMA*. Avril 1992, Volume 267, N° 13, p1810-1812.

14/ KIESLER C.A., *The Psychology of commitment*, New York, Academic Press, 1971.

15/ LAPEYRE N., LE FEUVRE N., Féminisation du corps médical et dynamique professionnelle dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales*, 2005, vol LIX, n°1, p59-81.

16/ FROMME EK, FARBER NJ, BABBOTT SF, PICKETT ME, BEASLEY BW. What Do You Do When Your Loved One Is Ill? The Line between Physician and Family Member. *Ann Intern Med*. 2008 (Dec 2), Volume 149, N° 11, p 825–829.

17/ JOULE R.V., BEAUVOIS J.L., *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Grenoble, Presse Universitaire de Grenoble, 1987.

18/ JOULE R.V., BEAUVOIS J.L, *La soumission librement consentie*, Paris, Presse Universitaire de France, 1998.

19/ FROMME E.K., MD, MCR, Ethics Case : Requests for Care from Family Members, American Medical Association, *Journal of Ethics*, May 2012, Volume 14, Number 5, 368-372.

20/ ADAMS J.S., Inequity in social exchange, *Adv. Exp. Soc. Psychol*, 62, pp335-343.

21/ WALSTER E., WALSTER G.W., BERSHCHEID E., *Equity: Theory and Research*. Boston, Allyn and Bacon, 1978.

22/ THIBAUT J.W., KELLEY, H.H., *The social psychology of groups*. New York, Wiley. 1959.

23/ MAISONNEUVE J., LAMY L., *Psychosociologie de l'Amitié*, Paris, Presse Universitaire de France, 1993.

24/ HERZLICH C., ADAM Ph., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, 2010, ARMAND COLIN.

25/ JEAMMET Ph, REYNAUD M., CONSOLI, S.M., *Psychologie médicale*, 1996, Masson, 2ème édition.

26/ BLOY G., SCHWEYER F-X, Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale, 2010, Rennes, Presses de l'école des Hautes études en santé publique.

27/ FRAPPE P. Association Française des jeunes chercheurs en médecine générale : Initiation à la recherche. Neuilly : GMS santé, 2011.

28/ BOUVENOT Gilles, S'entraîner à la lecture critique d'un article médical, 2006, MED-LINE Editions.

TABLE DES MATIERES

Page de garde	1
Liste des enseignants de la Faculté de médecine d'Angers	2
Composition du jury	5
Remerciements	6
Plan	8
Introduction	10
Matériel et méthodes	12
A- Type d'étude	12
B- Population	12
C- Elaboration du guide d'entretien [Annexe VII]	12
D- Situation des entretiens	13
E- Analyse des résultats	13
F- Validation du projet par le comité d'éthique	13
Résultats	14
A- Constitution de l'échantillon	14
B- La relation médecin-malade telle qu'on la qualifie.....	14
<i>B.1- L'évidence de la relation et de la demande</i>	<i>14</i>
<i>B.2- Les motivations de la demande de soins</i>	<i>15</i>
<i>B.3- L'évidence confirmée par les médecins</i>	<i>16</i>
C- La construction de la relation médecin-malade	16
<i>C.1- Origine et ancrage</i>	<i>16</i>
<i>C.2- L'évolution de la relation.....</i>	<i>17</i>
<i>C.3- Les modalités de rupture de la relation</i>	<i>19</i>

D-	La place qu'on occupe dans la relation	21
D.1-	<i>Les rôles du médecin</i>	21
D.2-	<i>Les rôles du proche</i>	22
D.2.1-	<i>Un patient comme un autre</i>	22
D.2.2-	<i>Une singularité à double tranchant</i>	22
D.2.3-	<i>Le patient décideur</i>	23
D.3-	<i>Le cloisonnement pour éviter les interférences et les règles implicites</i>	24
D.4-	<i>La difficulté à maintenir les rôles</i>	25
D.5-	<i>La comparaison du soin</i>	26
E-	Ce qu'on fait dans la relation	27
E.1-	<i>Typologie des demandes</i>	27
E.2-	<i>Ce qui ne se demande pas</i>	28
E.3-	<i>L'échange / La contrepartie</i>	29
F-	La relation telle qu'on la vit	30
F.1-	<i>Côté proche</i>	30
F.1.1-	<i>La gêne et la critique de la normalité</i>	30
F.1.2-	<i>Les contextes facilitateurs de la demande</i>	32
F.1.3-	<i>La gestion de l'indisponibilité du médecin proche</i>	32
F.2-	<i>Côté médecin</i>	34
Discussion	36
A-	Critique de la méthode	36
B-	L'évidence à questionner	37
C-	La confusion des rôles et les limites de chacun d'eux	39
D-	Un système dynamique équilibré par des négociations	41
E-	La réciprocité des échanges : Qu'est-ce qu'ils y gagnent ?	44
F-	Les grands absents	45

Conclusion.....	47
Références bibliographiques	49
Table des matières	52
ANNEXE I : Serment d’Hippocrate retenu par l’ordre des médecins - 1996.....	55
ANNEXE II : Codes et Conseils de l’Ordre	56
ANNEXE III : Principaux Résultats des thèses référencées [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9]	60
ANNEXE IV : Les sept questions de LA PUMA et PRIEST, 1992 [13]	62
ANNEXE V : RESUME : Thèse Pauline DAGNICOURT – juillet 2012 [7].....	63
ANNEXE VI : Tableau de synthèse des caractéristiques des proches.....	64
ANNEXE VII : Guide d’Entretien	65
ANNEXE VIII : Accord Comité d’Ethique.....	68
ANNEXE IX : Substituts exhaustifs à « l’évidence ».....	69
ANNEXE X : risque d’engagement du médecin vis-à-vis des proches en haut, faible, moyen risque : en fonction des actes réalisés [16].....	70

ANNEXE I : SERMENT D'HIPPOCRATE RETENU PAR L'ORDRE DES MEDECINS - 1996

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

ANNEXE II : CODES ET CONSEILS DE L'ORDRE

A) Code de déontologie

Article 7 : « médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

Article 9 : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ». « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité »

Article 38 du code de déontologie de 1947 (disparu) : « Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes. Le médecin ne commet aucune incorrection en acceptant de tous d'être indemnisé de ses frais ».

⇒ Le président de la section éthique et déontologique du conseil national de l'Ordre Dr Michel GELARD-THOMACHOT, interviewé lors de la thèse de Me BONVALOT en 2009 [5], précise que rien ne permet de connaître les véritables raisons de qui ont conduit à la suppression de cet article : « Cet article ayant trait à la gratuité des soins entre confrères et vis-à-vis des membres de leur famille, on peut penser que l'élargissement de la protection sociale, couvrant une part de plus en plus importante de la population, permettait sa suppression dès lors qu'était maintenu la possibilité pour le médecin de donner gratuitement ses soins et de tenir compte de la situation du patient et des circonstances particulières dans la fixation de ses honoraires »

Article 105 : « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services ».

B) Code de santé publique

- Article R-4127-47 alinéa 2 : « un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles »

- Article 4127-7 : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée »

=> Commentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecin 11/10/2012 : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231> : « L'influence peut être à l'inverse excessivement favorable : le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs »

C) Code de sécurité sociale et réponse du conseil de l'Ordre

Article L162-5 : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci »

=> Question-Réponse sur le médecin traitant par le conseil de l'Ordre 20/04/2005 : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921#1> : « Qu'un médecin libéral généraliste ou spécialiste, un praticien hospitalier ou un médecin salarié d'un centre de santé ou d'un établissement de santé soit le médecin traitant de ses proches ou de lui-même ne pose aucune difficulté puisque ces catégories de médecins énumérées par l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale ont vocation à être désignés comme médecin traitant.

Il n'en va pas de même pour tous les autres médecins inscrits au tableau qui n'entrent pas dans les catégories précitées (médecins retraités, médecins non exerçants inscrits au Tableau, médecins salariés...)

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a écrit à la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) pour demander qu'ils puissent être désignés

comme médecin traitant par leurs proches et par eux-mêmes. La Caisse nationale a répondu favorablement à la demande du Conseil national pour les médecins retraités. La situation reste donc en suspens dans les autres hypothèses.

Il est, toutefois, à noter que la loi relative à l'assurance maladie ne remet pas en cause la possibilité pour tout médecin de soigner ses proches. Il serait d'ailleurs paradoxal que cette loi dont l'un des objectifs est d'ordre économique remette en cause cette pratique concernant un nombre très réduit d'assurés sociaux et qui n'a jamais soulevé de difficulté. Les prescriptions de ces médecins sont d'ailleurs prises en charge par l'assurance maladie.

De plus, ne pas permettre à tout médecin d'être le médecin traitant de ses proches poserait problème au regard du libre choix du médecin par le patient. En effet, un proche de médecin dont celui-ci assure le suivi médical choisira naturellement ce médecin comme médecin traitant. Bien sûr, il pourra continuer de le consulter même s'il ne peut le désigner comme médecin traitant et la majoration de la part restant à la charge de l'assuré après remboursement de la consultation ne s'appliquerait pas puisque les soins sont dispensés à titre gratuit. En revanche, ce patient sera « pénalisé » lorsqu'il devra consulter un spécialiste puisqu'il le fera sans prescription de son médecin traitant. De même, les patients en ALD (Affection Longue Durée) dont le suivi était assuré par un médecin de leur famille se verraient obligés de désigner un médecin traitant et seraient ainsi privés du libre choix de leur médecin et de la possibilité d'avoir des soins délivrés par un médecin qui les connaît bien.

Il apparaît donc que tout médecin, inscrit au tableau, doit pouvoir se désigner médecin traitant ou être désigné médecin traitant par ses proches. »

D) Réflexions du Conseil National de l'Ordre des Médecins Français sur le sujet

Le Dr Louis Jean Calloc'h, secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des médecins, interviewé sur la question du soin à ses proches dans la thèse de Me LASSERRE-CORNEC en 2005 – p36 [3], lui répond que s'il n'existe pas d'interdiction juridique pour la prise en charge des proches : elle n'est pas souhaitable : « l'émotion légitime qu'on peut avoir vis-à-vis d'un proche souffrant peut influencer sur le comportement du médecin et compromettre le recul qu'il doit garder dans ses décisions médicales. En outre, au regard de l'intimité et de l'autonomie du malade, il peut y avoir sinon conflit d'intérêt au moins divergence entre la relation affective et la relation médicale ».

E) Code Ethique par l'Académie New-Yorkaise en 1947

« Un médecin affligé par une maladie est souvent un juge incompétent de son propre cas ; et l'anxiété naturelle concernant la maladie de son épouse, son enfant ou d'un de ces proches de sang, rend son jugement obscur et résulte en une incapacité à décider. Dans ces conditions, les « hommes médicaux » sont dépendants les uns des autres et donc l'aide professionnelle doit être gratuite et généreuse » (disparition dans les versions postérieures à partir de 1977).

ANNEXE III : PRINCIPAUX RESULTATS DES THESES REFERENCEES [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9]

Les demandes sont principalement de deux ordres : une information (conseil, approbation, orientation...) ou un acte médical (ordonnance, prise en charge, prescription d'examen, certificat).

Ces études montrent que la plupart des médecins répondent volontiers aux demandes d'informations et répondent majoritairement positivement à une demande d'acte (L. MASSON – 1996) [1].

Elles émanent le plus souvent de la famille proche (les conjoints, les enfants, les parents) et des amis (L. MASSON – 1996) [1]. Dans 75% des cas, les parents sont à l'origine de la relation médecin-malade en demandant des soins à leur enfant médecin (S. COTTEREAU – 2011) [6].

83% des médecins pensent que la principale motivation des proches pour consulter leur médecins est la confiance, environ 50% l'accessibilité et l'offre de soins immédiates. La volonté d'un 2^{ème} avis et d'une croyance de qualité de soins meilleurs n'est pas négligeable (F. CASTERA – 2005) [2].

L'éloignement géographique apparaît comme facteur pouvant limiter les demandes.

81% des médecins trouvent qu'il est évident de soigner un proche (F. CASTERA – 2005) [2] mais on note, que lors de la dernière thèse réalisée par J. PELTZ-AIM en 2012 [8], le rapport des médecins assumant la prise en charge de leur proche versus ceux qui la refusent semble s'inverser (75% de réticence). 57,90% soignent toujours leurs proches et de plein gré (V. VALLEREND – 2009) [4]. 66% en sont parfois le médecin traitant (S. LASSERRE – 2005) [3], notamment lorsqu'ils exercent en rural et/ou seul (V. BONVALOT – 2009) [5].

Les sentiments les plus éprouvés par les médecins lors des soins sont le devoir (49,10%) et la satisfaction (46,50%), puis viennent le doute (42%), l'impatience et l'agacement (37,90%) (V. VALLEREND – 2009) [4].

Pour certains médecins, la situation est vécue comme inconfortable pour différentes raisons : le manque de distance ou la « proximité » de cette relation médecin-malade singulière/originaline, la perte d'objectivité liée à l'affect mis en jeu, le risque d'intrusion dans

l'intimité du proche et l'embarras provoqué, le déni de la maladie, la difficulté pour organiser un suivi, le manque ou l'excès de rigueur dans le soin, la responsabilité, le jugement de la famille, l'aspect financier et légal.

75% des médecins qui soignent leurs proches pensent le faire aussi bien que pour un patient lambda (F. CASTERA – 2005) [2] voire ils disent avoir moins de difficultés à évaluer leur état de santé que pour un patient lambda (V. BONVALOT – 2009) [5]. Les réponses apportées semblent être vraiment différentes en cas de pathologies bénignes par rapport à un patient lambda contrairement aux pathologies graves et urgentes où l'attitude est beaucoup plus consensuelle. (F. CASTERA – 2005) [2].

3 types d'actes sont plus difficiles à réaliser pour les médecins : les actes traumatiques, techniques ou qui nécessitent l'abord de l'appareil uro-génital (L. MASSON – 1996) [1].

Ces différentes recherches semblent démontrer que plus le médecin acquiert d'expérience, plus il traite ses proches et prend en charge des pathologies lourdes, chroniques et psychiatriques (S.LASSERRE – 2005) [3]. Cette donnée est remise en cause dans la thèse qualitative de J. PELTZ-AIM [8] réalisée en 2012.

Les hommes soigneraient plus leurs proches que les femmes. Il semblerait que les médecins se sentent plus à l'aise pour soigner leur conjoint (77%) que leur entourage familial proche (BONVALOT – 2009) [5].

91,18% des médecins prennent en charge gratuitement leurs proches (V. BONVALOT – 2009) [5].

En 2013, M. BEGUIN [9] propose une synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches.

ANNEXE IV : LES SEPT QUESTIONS DE LA PUMA ET PRIEST, 1992 [13]

Seven questions that physicians should ask themselves when considering providing care for relatives

Excerpted from « Is there a Doctor in the house? » LA PUMA J. et PRIEST R., 1992

- 1- Am I trained to meet my relative's medical needs?
- 2- Am I too close to probe my relative's intimate history and physical being and to cope with bearing bad news if need be?
- 3- Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care?
- 4- Is medical involvement likely to provoke or intensify intrafamilial conflicts?
- 5- Will my relatives comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician?
- 6- Will I allow the physician to whom I refer my relative to attend him or her?
- 7- Am I willing to be accountable to my peers and to the public for this care?

ANNEXE V : RESUME : THESE PAULINE DAGNICOURT – JUILLET 2012 [7]

SOIGNER SES PROCHES : UNE ATTITUDE A RAISONNER ?

Réflexions sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par voie qualitative.

Le médecin se retrouve fréquemment face à une demande de soins par un de ses proches et apporte une réponse singulière à cette demande. Cette situation peut être source de difficultés. Le but principal de l'étude est d'identifier dans de telles situations les interférences entre la relation de soin et la relation affective préexistante et secondairement de comprendre les différentes attitudes adoptées par les médecins.

Cette étude qualitative a été menée auprès de 16 médecins généralistes par entretiens individuels semi structurés.

Elle met en évidence que la relation préexistante influence la relation médecin-malade et peut conduire à des soins insuffisants ou inadaptés. A l'inverse, la relation de soin peut aussi modifier voire dégrader la relation affective. Ces difficultés résultent de la confusion des positions par le médecin, le patient, le reste de l'entourage et les confrères. Mais il ressort aussi des éléments positifs de ce double rôle. Ainsi les médecins sont soumis à de multiples influences pour faire leur choix et refusent souvent une position dogmatique. Enfin, il existe des spécificités à la médecine générale en terme de prise en charge globale du patient et de coordination des soins.

Chaque praticien devrait engager une réflexion personnelle adaptée aux différentes situations. Les suggestions proposées par LA PUMA et PRIEST semblent un bon point de départ pour faire son choix et peuvent être complétées. En cas d'acceptation des soins, le médecin devra prendre conscience des risques encourus et fixer des règles.

ANNEXE VI : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES CARACTÉRISTIQUES DES PROCHEs

N° Entretien	Sexe du proche	Age du proche	Eloignement géographique	Situation familiale du proche	Lien avec le médecin	Degré du lien
1	M	66	320 km	Veuf	Familial	Indirect
2	F	86	40 km	Veuve	Familial	Direct
3	M	32	0 km	En couple	Familial	Indirect
4	F	66	0 km	En couple	Familial	Indirect
5	F	37	100 km	En couple	Familial	Direct
6	M	85	3 km	En couple	Familial	Indirect
7	F	85	3 km	En couple	Familial	Direct
8	F	54	10 km	Seule	Familial	?
9	F	35	30 km	En couple	Familial	Direct
10	F	71	3 km	En couple	Amical	Indirect ¹
11	F	59	5 km	En couple	Amical	Direct ¹
12	F	56	25 km	En couple	Amical	Direct ¹
13	F	56	500 km	Seule	Familial	Direct et Indirect
14	M	57	15 km	En couple	Amical	Indirect ¹

N° Entretien	Lien hiérarchique proche / médecin	Sexe du médecin	médecin = médecin traitant	Autres médecins dans l'entourage	Cas rapporté
1	>	F	Non	0	0
2	>	M	Non	0	1
3	=	F	Non	> ou = 1	2
4	=	M	Non	1	3
5	<	M	Non	1	2
6	>	F	Oui	0	0
7	>	F	Oui	0	0
8	=	F	Oui	1	3
9	<	M	Oui	0	2
10	-	F	Oui	0	0
11	-	F	Oui	0	0
12	-	F	Oui	0	0
13	=	F et M	Non	> 1	3
14	-	M	Oui	1	0

¹ Direct : à l'origine le lien vient de l'interviewé / Indirect : à l'origine le lien vient du conjoint de l'interviewé.

ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN

I/ Situation Personnelle

- Sexe, Age,
- Lieu d'habitation (rural/urbain),
- Accès aux soins aux alentours,
- Pathologies
- Médecin traitant déclaré

II/ Lien avec le médecin proche

- Degré de proximité avec le médecin proche
- Age du médecin proche
- Lieu géographique d'installation du médecin proche
- Autres médecins dans la famille (généraliste ou spécialiste)

III/ Avez-vous déjà fait une demande de soin à votre médecin proche pour vous ou l'un de vos proches ? OUI / NON – Pouvez-vous me raconter ?

- Circonstances
- Pourquoi le médecin proche plutôt qu'un tiers :
 - Avantages
 - Confiance : se confier autant qu'à un médecin lambda ?
 - Connaissance
 - Accessibilité
 - Inconvénients
 - Sur / sous-investissement
 - Pudeur psychologique et physique
- Pourquoi médecin traitant ?

IV/ Quelles sont vos attentes par rapport à votre médecin proche lors d'une demande de soins ?

- Lieu : cabinet / sur le lieu de la demande
- Moyens : interrogatoire / examen clinique / examens complémentaires / qualité des soins
- But de la demande : conseils / ordonnance / certificat
- Règlement

- Même soin qu'un patient lambda malgré proximité ?

V/ Vous pensez-vous plus observant des conseils et prescriptions de votre proche médecin ou d'un tiers médecin ?

VI/ Votre relation médecin-patient (cette demande) a-t-elle eu des conséquences sur votre relation familiale ou amicale ?

- Rapprochement / Eloignement ?
- Conflit
- Confiance / secret professionnel
- Confusion des rôles
- Jugement

VII/ Avez-vous déjà ressenti une gêne lors d'une demande, un examen... ? Pouvez-vous me raconter ?

- Interrogatoire
- Examen clinique
- Psychologie...
- Catégorie de demande ?

IX/ Quelles attitudes adoptent les spécialistes vis-à-vis de vous, s'ils apprennent ou non, que vous avez un proche médecin généraliste ?

- Facilité
- Retenue
- Réticence

Comment cela se passe lors d'une hospitalisation de vous ou l'un de vos proches ?

X/ Avez-vous déjà refusé de vous faire soigner par votre proche médecin ?

XI/ Votre proche médecin, a-t-il déjà refusé de vous prodiguer des soins ?

XII/ Selon vous, un médecin est-il autorisé à soigner ses proches ? Qu'en pensez-vous ?

XVIII/ Avez-vous déjà été mécontent d'un soin prodigué par votre proche médecin ?

- Pouvez-vous me raconter ?

Comment réagiriez-vous si votre proche médecin venez à :

- Faire une erreur médicale ?
- Vous annoncez une maladie grave ?
- Rompre le secret professionnel

- Quelles seraient les conséquences sur votre relation familiale ou amicale ?

XIV/ Pouvez-vous me redonner vos grandes idées sur cet entretien ? Voulez-vous ajouter quelque chose sur le sujet ? Cela vous a-t-il amené à réfléchir sur ce sujet ?

ANNEXE VIII : ACCORD COMITE D'ETHIQUE

FACULTE DE MEDECINE
ANGERS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
ANGERS

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président
Docteur Jean-Paul JACOB

Camille BOUVE

Angers, le 27 février 2014

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné le 6 février 2014 votre projet enregistré sous le numéro N° 2014-4 *Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés ? Etude du ressenti des proches soignés sur cette attitude par une enquête qualitative.*
Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le recrutement se fera à partir d'un travail précédemment réalisé.

Il n'y a pas d'obstacle éthique à la réalisation de cette étude.

AVIS FAVORABLE



Docteur Jean-Paul JACOB

ANNEXE IX : SUBSTITUTS EXHAUSTIFS A « L'EVIDENCE »

Lien Familial avec le médecin : « *facilement* », « *naturel* », « *machinal* », « *automatique* », « *obliger* », « *réflexe* », « *pratique* », « *systématique* », « *normal* », « *forcément* », « *directement* », « *comme ça* », « *tout de suite* », « *naturellement* »,

Lien Amical avec le médecin : « *comme ça* », « *de fil en aiguille* »

ANNEXE X : RISQUE D'ENGAGEMENT DU MEDECIN VIS-A-VIS DES PROCHES EN HAUT, FAIBLE, MOYEN RISQUE : EN FONCTION DES ACTES REALISES [16]

Low-, medium-, and high-risk involvement by physicians in the care of a close friend or family member

Excerpted from "What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member" FROMME EK and AL., 2008

Low risk

- o Helping to explain medical information, such as diagnoses
- o Suggesting the patient should see a physician
- o Answering questions about whether the patient should see the physician
- o Answering questions about medications
- o Providing education, such as how to take care of a sprained ankle
- o Helping to navigate the health care system (for example, finding the right physician)
- o Attending medical visits
- o At medical visits, helping to ask the right questions and interpret medical Jargon

Medium risk

- o Suggesting that the patient does not need to worry about a problem or see a physician
- o Refilling a medication prescribed by the treating physician 1 time only
- o Suggesting over-the-counter medications


High risk

- o Prescribing a medication not being prescribed by the treating physician
- o Prescribing a controlled substance or psychoactive medication
- o Ordering tests
- o Checking results
- o Coordinating care
- o Making decisions without involving the treating physician or patient
- o Performing a procedure beyond first aid

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Madame BOUVE Camille

Vu, les Directeurs de thèse

 P. HUREZ JF
LE MANIO P. L.

Vu, le Président du jury de thèse



Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



Caring for his family members: what impact on these patients?

A qualitative study of the feeling of the family members

SUMMARY

Although the general practitioner is frequently receiving medical requests for care from his family members, the response remains delicate and singular. The literature on this topic is scarce and reports mainly on the physicians' point of view. This work, based on the thesis of P. DAGNICOURT in 2012, attempts to determine the feeling of patients having a physician in their family circle.

14 patients were included in this descriptive qualitative study conducted by semi-directed interviews. The study was realized between April and October 2014, and validated by the ethics committee of the university hospital of Angers. Maximum variation sampling method and triangulation data analysis were used.

Requests were "obvious", varying according to the situations, and seldom questioned by the family members who justified these requests by using practical arguments such as the permanent availability of the physician. This obviousness was supported by the answers of physicians who rarely refused requests from their family members. The physician-patient relationship was symmetrical and fair, characterized by constant negotiations and exchanges, in which counterparties of various kinds were observed. Although the family member seemed to have more freedom, his link of dependency was strong and unbreakable.

The physician must be aware of this link and of how he is engaging in the relationship through his responses, thus avoiding spontaneous adjustments. Can the physician deal with this issue by anticipating the degree of engagement ? This is possible on a case-by-case basis, however it raises the question of the distinction between the natural family affectivity and a growing friendship.

KEY WORDS

Physician-patient relationship – General practitioner – Medical care – Family member – Family – Friendship – Engagement – Roles

SOIGNER SES PROCHES : QUELLE RESONANCE CHEZ LES SOIGNES ?

Étude du ressenti des proches par enquête qualitative

RESUME

Si chaque médecin généraliste a déjà eu une demande de soin d'un proche, la réponse reste délicate et singulière. Or, la bibliographie restreinte approche essentiellement le point de vue des médecins. Ce travail, fait suite à la thèse de P. DAGNICOURT soutenue en 2012, pour appréhender, cette fois, le ressenti des soignés ayant un généraliste dans leur entourage.

Étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés réalisée auprès de 14 soignés entre avril et octobre 2014, avec triangulation des données, validée par le comité d'éthique du CHU d'Angers. L'échantillonnage a été réalisé selon le principe de variation maximale.

Si la demande est « *évidente* » et variée quelle que soit la situation, elle est peu questionnée par les proches qui la motivent par des arguments pratiques liés à la proximité du médecin et à sa disponibilité permanente. Cette évidence est confirmée par les réponses du médecin qui s'abstient rarement. La relation est perçue comme symétrique et nécessairement équitable. Sa dynamique suit un jeu de négociations et d'échanges constants où des contreparties de nature différentes accompagnent le soin. Si le proche semble disposer d'une plus grande latitude, son lien de dépendance est majeur et indéfectible notamment dans un contexte familial.

Le médecin doit être conscient de ce lien et de la façon dont il s'engage dans la relation par ses réponses, évitant ainsi des ajustements trop spontanés. En anticipant le degré d'engagement, le médecin peut-il envisager des modalités de sortie ? Cette réflexion envisageable au cas par cas pose la question de la distinction entre l'affectivité familiale naturelle et une relation amicale construite progressivement.

MOTS CLES

Relation médecin-malade – Médecin généraliste – Soins médicaux – Proche – Famille – Amitié – Engagement – Rôles